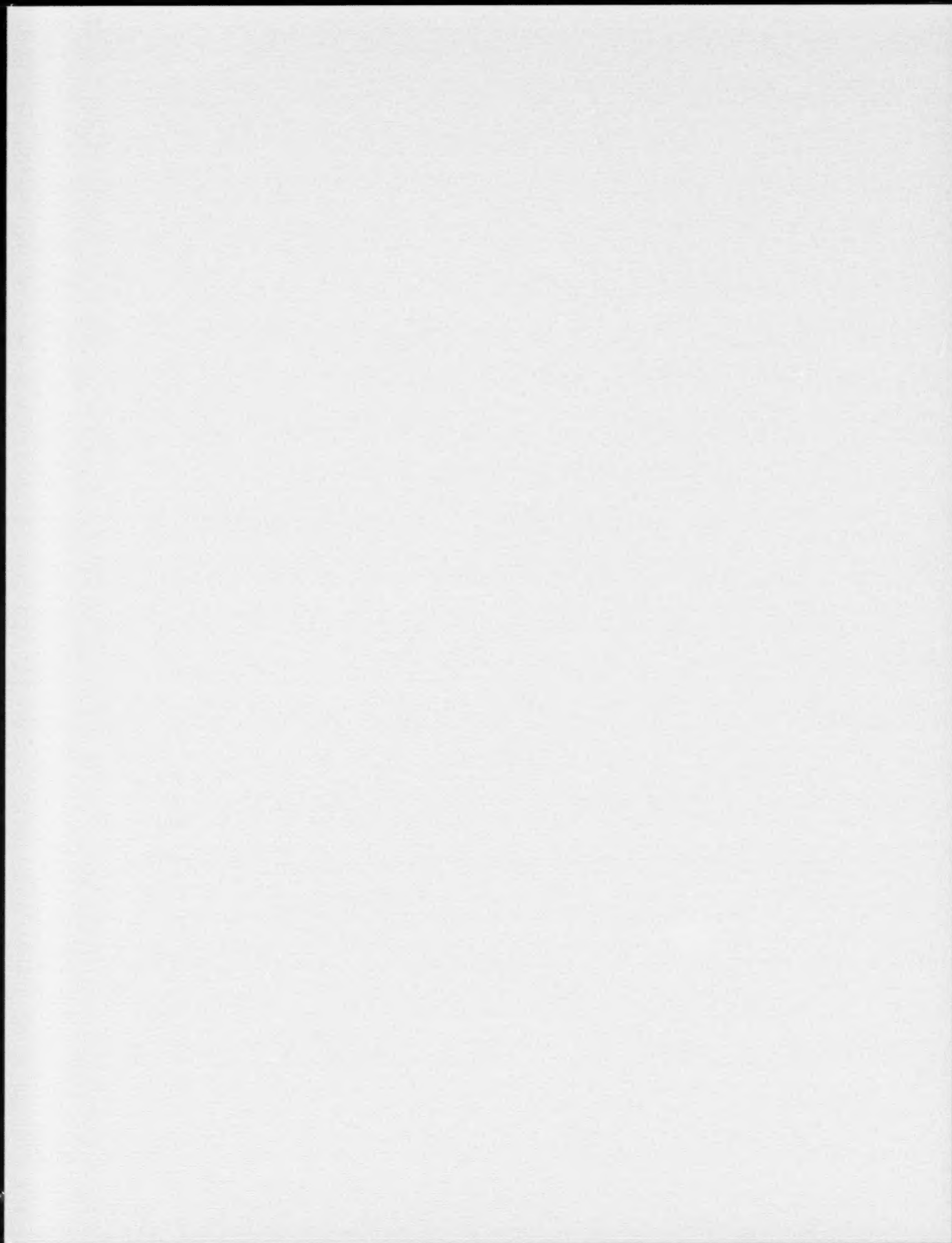




RAPPORT DE GESTION 2013-2014

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Côte-Nord



AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD

RAPPORT DE GESTION 2013-2014

Document réalisé par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord (Agence)

Coordination

Sandra Morin,
chef de service des communications, des affaires corporatives
et coordonnatrice régionale en sécurité civile - mission santé

Pascal Paradis,
conseiller en communication

Réalisation technique

Karine Poirier,
agente administrative

Note

Dans ce document, le masculin est pris dans son sens générique et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Étant donné la fusion récente des centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan, certains tableaux présentent les données séparées et d'autres fusionnées.

© Agence de la santé et des services sociaux
de la Côte-Nord, Baie-Comeau, 2014

Dépôt légal - 4^e trimestre 2014
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN 978-2-89003-282-8 (version imprimée)
ISBN 978-2-89003-283-5 (PDF)

MOT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL



Pierre Lamontagne
Président du conseil d'administration



Ivo Di Piazza
Président-directeur général

Monsieur le Ministre,

Ce rapport annuel de gestion présente les faits saillants et les principaux résultats atteints au cours de l'année 2013-2014 dans le cadre de notre mission qui consiste à assurer aux Nord-Côtiers un accès à des services leur permettant de maintenir et d'améliorer leur santé et leur bien-être.

Les défis demeurent nombreux dans le réseau de la santé et des services sociaux. Dans notre région, ils sont particuliers puisqu'il faut desservir une population d'environ 95 000 personnes sur un immense territoire de 270 000 km², incluant certains territoires isolés.

Un enjeu majeur suscite notre attention depuis quelques années déjà, soit les problématiques de main-d'œuvre. Plusieurs départs sont anticipés d'ici les prochaines années, notamment en raison de prises de retraite, ce qui nécessite un suivi étroit afin de combler ces postes. À cela s'ajoutent plusieurs titres d'emplois dont le recrutement s'avère difficile et qui demeurent parfois vacants trop longtemps.

Plusieurs démarches concrètes ont été réalisées au cours de l'année, en collaboration avec les différents acteurs du réseau, dont la mise sur pied d'une table régionale en ressources humaines et l'élaboration d'un plan d'action régional. De plus, la création d'une direction régionale des ressources humaines viendra soutenir les établissements du réseau dans la mise en œuvre d'approches novatrices.

Du côté des effectifs médicaux, bien que le nombre de médecins de famille et de médecins spécialistes pratiquant dans la région soit en hausse depuis 2010, la situation demeure tout de même fragile pour certains territoires. Somme toute, il faut souligner les excellents résultats obtenus au chapitre du recrutement, qui résultent des efforts soutenus et concertés de nos établissements.

L'accès à certains services s'appuie en grande partie sur la présence de médecins spécialistes dans la région. Cette année, l'ajout d'effectifs, notamment en chirurgie générale et en chirurgie orthopédique, a généré des effets positifs sur les délais d'accès à certaines chirurgies. Cependant, l'accès à l'imagerie médicale dans les délais prescrits s'avère difficile pour un certain nombre d'exams.

Depuis quelques années, différentes démarches sont menées pour développer des projets de télésanté qui représentent une avenue des plus intéressantes pour desservir la population de notre grande région, notamment en télépsychiatrie, en téléoncologie, en téléotorhinolaryngologie (ORL) et en télédermatologie.

La situation dans les urgences au chapitre des durées moyennes de séjour demeure difficile. Ces résultats témoignent entre autres du manque de ressources d'hébergement pour certaines clientèles ou de la nécessité de rehausser l'offre de service en soutien à domicile. C'est donc le signe qu'il importe de nous retrousser les manches pour identifier des avenues de solutions à long terme avec notre réseau et nos partenaires.

Cette année, des sommes supplémentaires ont été octroyées à la région pour améliorer les services offerts aux personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. Par ailleurs, dans la région, on note d'excellents résultats en ce qui concerne la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées, de même qu'au chapitre du nombre d'heures de services offerts en soutien à domicile. Les résultats obtenus en protection de la jeunesse sont aussi positifs avec une élimination des listes d'attente.

Les efforts doivent être accentués pour aider les établissements à identifier des pistes de performance en vue d'atteindre l'équilibre budgétaire. Au 31 mars 2014, seulement deux établissements de la région ont réussi à conclure l'année en situation d'équilibre, tandis que deux autres sont considérés en contrôle budgétaire puisqu'ils ont puisé dans leurs surplus pour boucler leur budget. Les démarches entamées au sein du réseau, au cours des dernières années, se poursuivront pour réaliser l'objectif d'équilibre budgétaire.

Il n'y a pas de doute, les défis sont nombreux, mais nos intervenants demeurent profondément dévoués à la cause, avec comme principale motivation d'offrir à la population de toute la Côte-Nord des services sécuritaires et de qualité. Nous tenons d'ailleurs à souligner l'engagement quotidien des médecins, des professionnels, du personnel et des bénévoles au sein des établissements, de l'Agence et des organismes communautaires, qui contribuent jour après jour à améliorer l'accès et la qualité des services offerts à la population. Nous tenons à vous adresser des remerciements sincères.

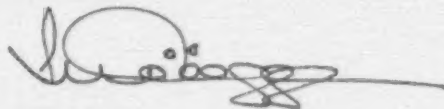
Recevez, Monsieur le Ministre, nos plus cordiales salutations.

Le président du conseil d'administration,



Pierre Lamontagne

Le président-directeur général,



Ivo Di Piazza

MOT DU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) et la Loi sur la santé publique confient au directeur de santé publique des responsabilités professionnelles à l'égard de la population de la Côte-Nord. Il doit surveiller la santé de cette population par des études et analyses et diffuser cette information à la population, aux établissements et aux professionnels du réseau de la santé et à tous les autres organismes concernés. Il doit mener différentes interventions afin de prévenir les maladies, les traumatismes et les problèmes sociaux et afin d'influencer de façon positive les facteurs déterminants de la santé de la population. En plus, il doit exercer une vigie sanitaire au sein de la population et intervenir lorsque la santé de la population est menacée.

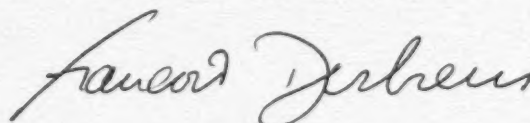


François Desbiens

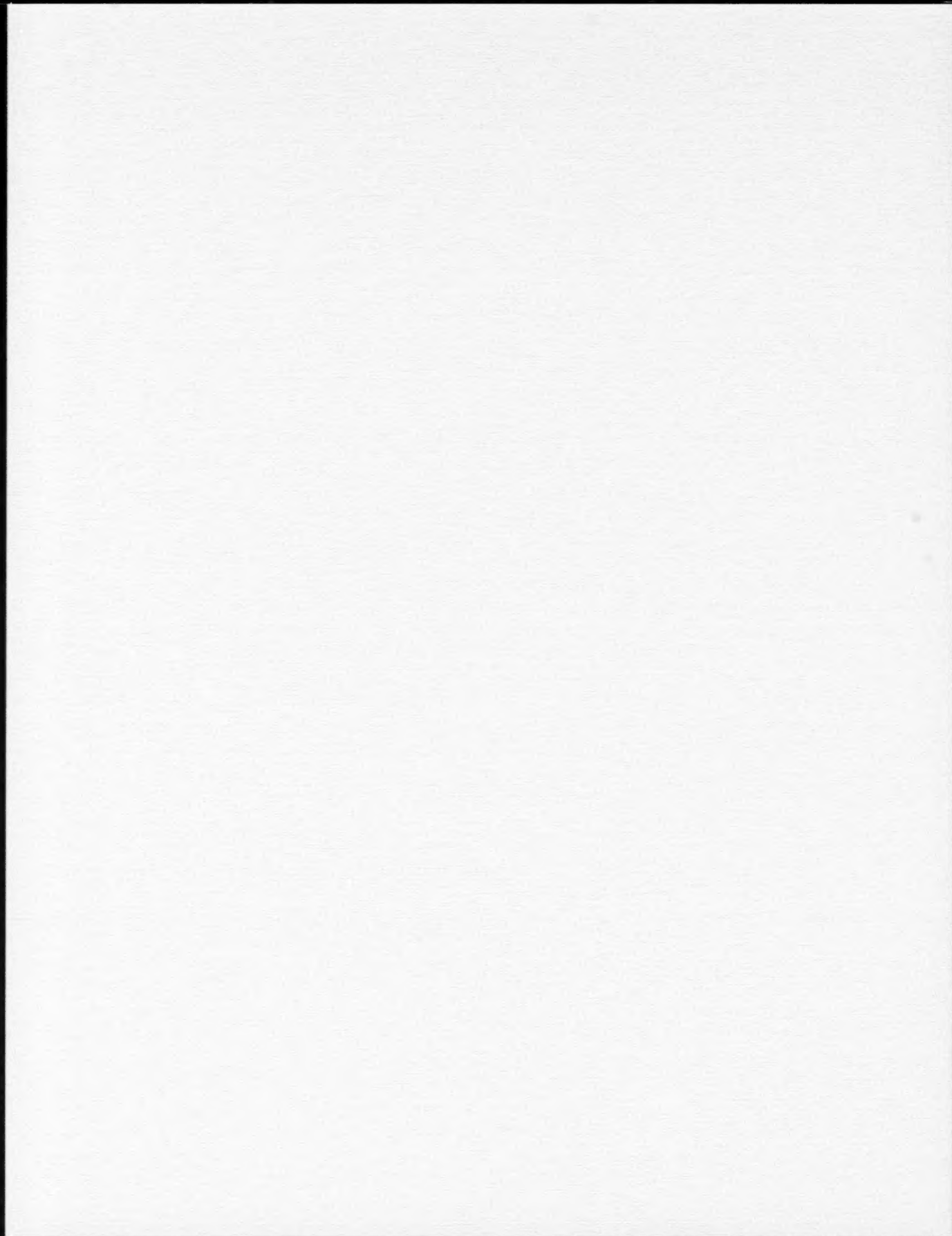
Au cours de l'année 2013-2014, la direction a actualisé ses responsabilités et vous pouvez en prendre connaissance aux pages 61 à 76. Comme vous pourrez le constater à la lecture de ce rapport, le bilan de santé des Nord-Côtiers s'améliore depuis plusieurs années, mais des gains sont encore possibles lorsque nous nous comparons à la province. Les interventions de santé publique aux plans local et régional doivent être maintenues et intensifiées. Un défi qui est à la hauteur de notre détermination.

L'année 2013-2014 a vu le docteur Raynald Cloutier prendre sa retraite après 17 ans au poste de directeur de santé publique. Je tiens à le féliciter pour le travail accompli. J'assume l'intérim comme directeur depuis le début de septembre 2013.

Le directeur de santé publique par intérim,



François Desbiens, m.d.



DÉCLARATION DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

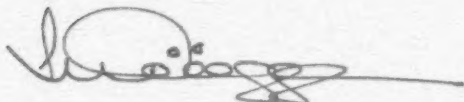
Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le rapport de gestion de l'Agence et des contrôles afférents

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de soutenir la présente déclaration. De plus, je me suis assuré que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le Rapport de gestion 2013-2014 de l'Agence ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2014.

Le président-directeur général,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ivo Di Piazza', with a long horizontal stroke extending to the right.

Ivo Di Piazza

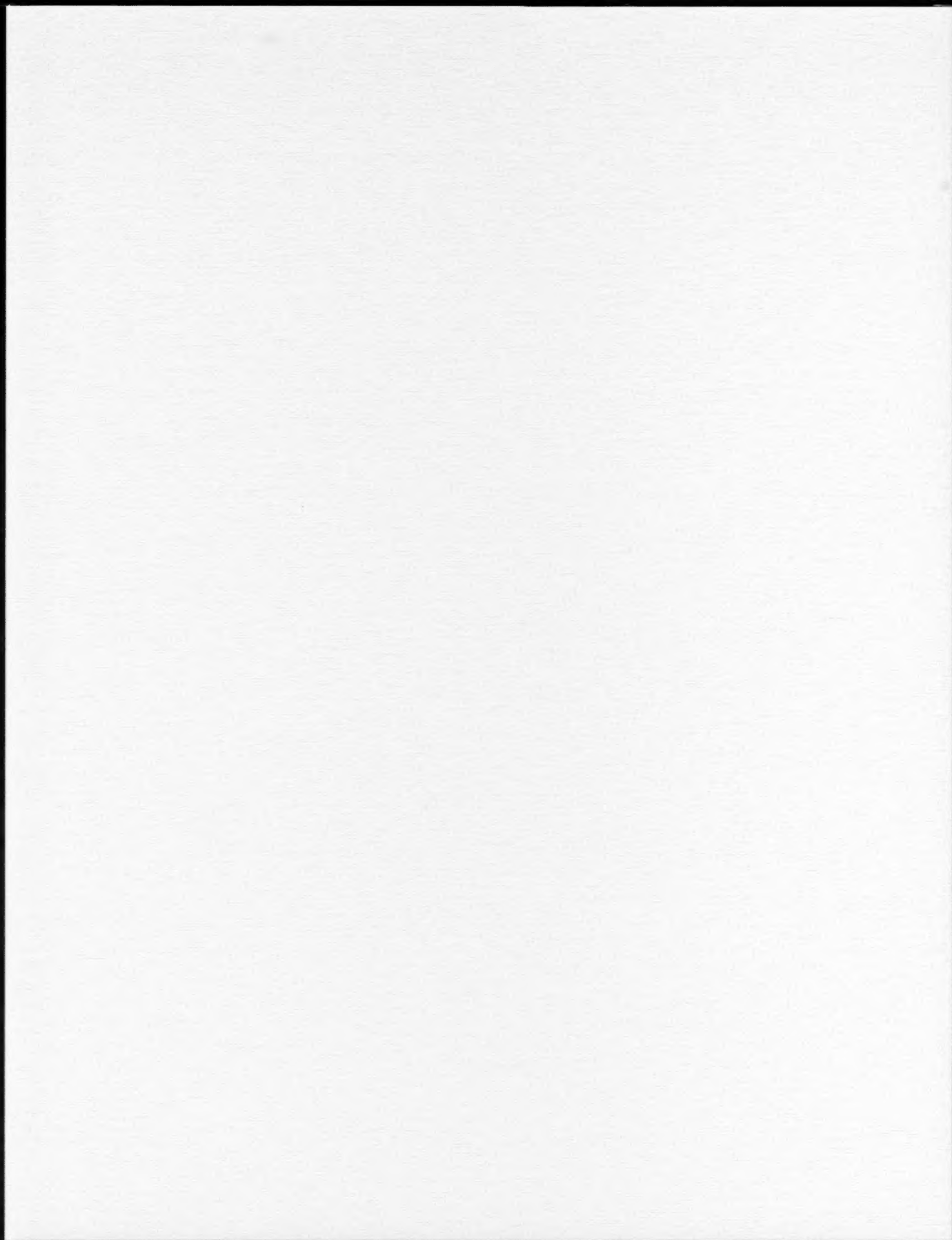


TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I - PRÉSENTATION DE L'AGENCE ET DES ACTIVITÉS DE SOUTIEN AU RÉSEAU NORD-CÔTIER

LA RÉGION	3
LA MISSION	3
LE CONSEIL D'ADMINISTRATION	4
LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE	4
LA TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE	5
LA COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE	6
LA COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE	7
LE DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE	7
LE COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES	9
LE CONSORTIUM INTEREST SANTÉ	10
LE COMITÉ DE GESTION DU RÉSEAU - CÔTE-NORD	10
LA STRUCTURE DE L'AGENCE	11
LES ÉTABLISSEMENTS	13
LES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES	14
LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	15
LES RESSOURCES NON INSTITUTIONNELLES	17
LES RESSOURCES HUMAINES	18
LES RESSOURCES ET LA SÉCURITÉ DES ACTIFS INFORMATIONNELS	22
LA SÉCURITÉ CIVILE - MISSION SANTÉ	24
LES COMMUNICATIONS	25

CHAPITRE II - LES SERVICES À LA POPULATION

L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ	29
L'OPTIMISATION	31
LES SERVICES GÉNÉRAUX	32
Ligne Info-Santé/Info-Social	32
Effectifs médicaux	33
Services offerts en matière de violence conjugale et d'agression sexuelle	35
LA SANTÉ PHYSIQUE	36
Services d'urgence	36
Comité régional de traumatologie	37
Infirmières praticiennes spécialisées	38
Lutte au cancer	38
Chirurgie	39
Imagerie médicale	41
Déplacement des usagers	43
Groupe de médecine de famille	44
Services préhospitaliers d'urgence	45
Organisation des services de néphrologie et de suppléance rénale en établissement	47
Douleur chronique	47
Accès au continuum de services ACV	47
Télésanté	48
LE SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES	49
Occupation des lits de courte durée par des patients en fin de soins actifs	49
Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées	50

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier	50
Faits saillants	51
LE SOUTIEN À DOMICILE	53
Accès aux services	53
LA DÉFICIENCE PHYSIQUE, LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET LES TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT	54
Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience.....	54
Services spécifiques	55
Services spécialisés	55
Soutien financier	55
Orientations régionales.....	56
LES JEUNES EN DIFFICULTÉ.....	56
Plan d'action du chantier jeunes en difficulté	56
Faits saillants	56
LES DÉPENDANCES	57
Services de première ligne	57
Services spécialisés	57
Faits saillants	58
LA SANTÉ MENTALE	58
Services de première ligne	58
Services d'intégration dans la communauté	59
Faits saillants	59
LA SANTÉ PUBLIQUE.....	61
Prévention et promotion de la santé.....	61
Développement social et développement des communautés	67
Prévention dans les services cliniques de première ligne.....	68
Santé environnementale	69
Santé au travail	70
Maladies infectieuses.....	71
Surveillance et évaluation	76
L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET DE LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE	77
Qualité des services	77
Traitement des plaintes	78
Santé des femmes et condition féminine	81
Santé et bien-être des hommes	81
Accès aux services en langue anglaise.....	81

CHAPITRE III - LES INFORMATIONS FINANCIÈRES

LA SITUATION BUDGÉTAIRE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	85
Équilibre budgétaire	85
Fonds régionaux	86
LE RAPPORT DE LA DIRECTION	91
LE RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS	92
L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT	94
LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE	95
Notes aux états financiers pour l'exercice terminé le 31 mars 2014	106

ANNEXES

ANNEXE A -	CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE
ANNEXE B -	RÉPARTITION PAR CENTRES D'ACTIVITÉ DU VOLUME ET DES COÛTS DE DÉPLACEMENT DES USAGERS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD
ANNEXE C -	MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE - NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS SUR LA CÔTE-NORD (2009 À 2013)

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE

TABLEAUX

Tableau 1	Membres du conseil d'administration	4
Tableau 2	Comité de direction de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée	6
Tableau 3	Membres de la Commission infirmière régionale	6
Tableau 4	Membres de la Commission multidisciplinaire régionale	7
Tableau 5	Comité de direction du Département régional de médecine générale	8
Tableau 6	Comité de direction du comité régional sur les services pharmaceutiques	9
Tableau 7	Répartition des effectifs de l'Agence	11
Tableau 8	Financement accordé dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires	15
Tableau 9	Évolution des effectifs médicaux - Médecine de famille	34
Tableau 10	Évolution des effectifs médicaux - Médecine spécialisée	34
Tableau 11	Groupes de médecine de famille sur la Côte-Nord	44
Tableau 12	Nombre de transports ambulanciers sur la Côte-Nord	46
Tableau 13	Admissions en hébergement de longue durée	52
Tableau 14	Personnes hébergées au 31 mars 2014	52
Tableau 15	Personnes en attente d'hébergement au 31 mars 2014	52
Tableau 16	Personnes en soins de courte durée en attente d'hébergement de longue durée au 31 mars 2014	52
Tableau 17	Projets financés - <i>La gang allumée</i>	62
Tableau 18	Projets financés - Programme de subvention en matière de sécurité alimentaire	63
Tableau 19	Activités du programme de santé au travail réalisées dans les entreprises de la région	70
Tableau 20	Évolution du bilan régional des dossiers de plaintes	78
Tableau 21	Délai d'examen des plaintes	79
Tableau 22	Bilan des dossiers de plaintes par établissement	79
Tableau 23	Motifs de plaintes et niveau de traitement (commissaires)	80
Tableau 24	Motifs de plaintes et niveau de traitement (médecins examinateurs)	80
Tableau 25	Autres fonctions des commissaires	80
Tableau 26	Situation budgétaire des établissements	85
Tableau 27	Répartition du volet « maintien d'actifs »	86
Tableau 28	Répartition du volet « rénovation fonctionnelle »	87
Tableau 29	Répartition du volet « rénovation fonctionnelle mineure en CHSLD »	87
Tableau 30	Répartition de l'enveloppe de maintien d'actifs - Volet « équipement médical »	88

Tableau 31	Répartition de l'enveloppe de maintien d'actifs - Volet « équipement non médical et mobilier ».....	89
Tableau 32	Répartition du budget de location d'espace	89
Tableau 33	Autorisations d'emprunts.....	90

FIGURE

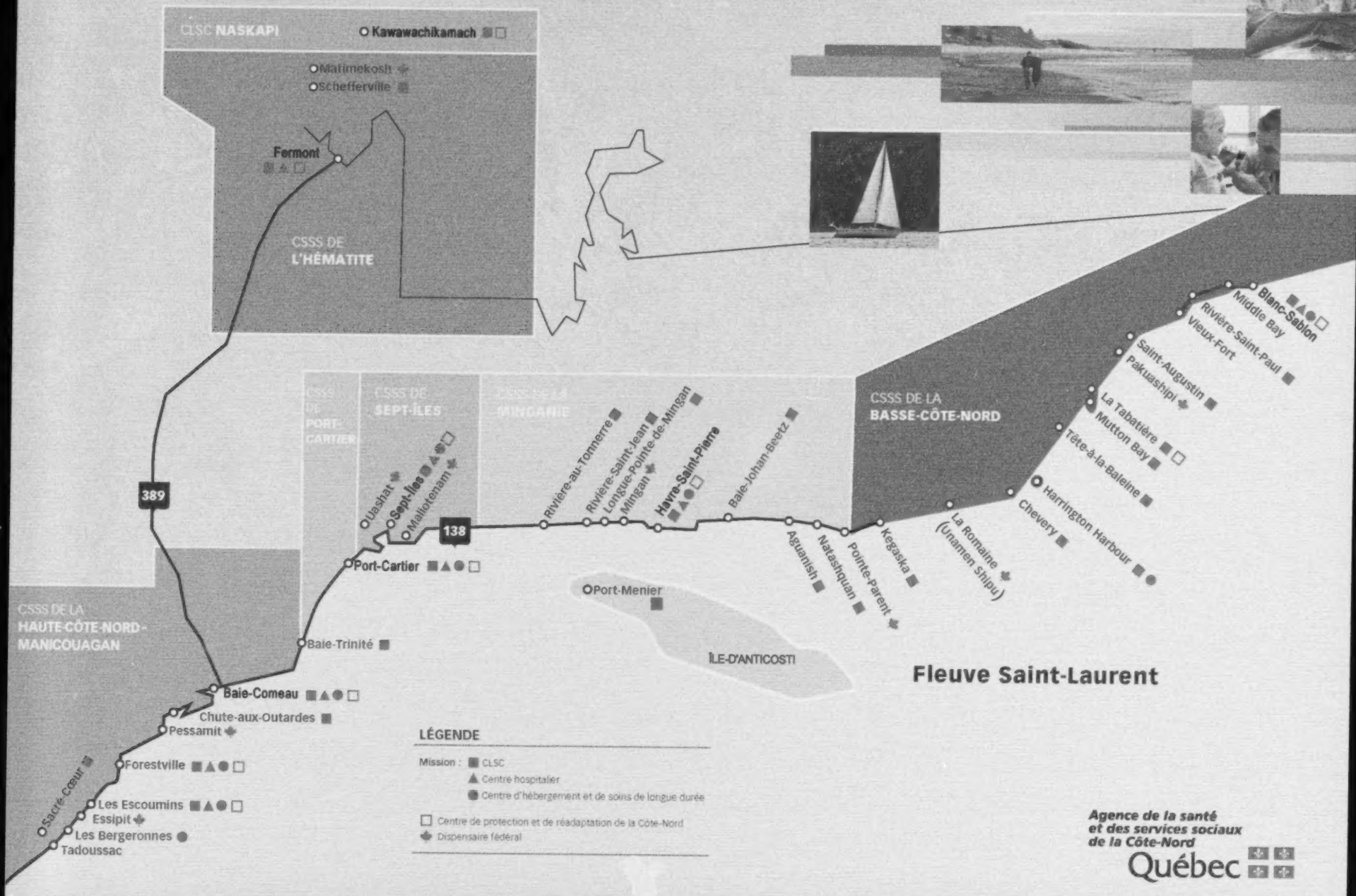
Figure 1	Schéma organisationnel 2013-2014	12
----------	--	----

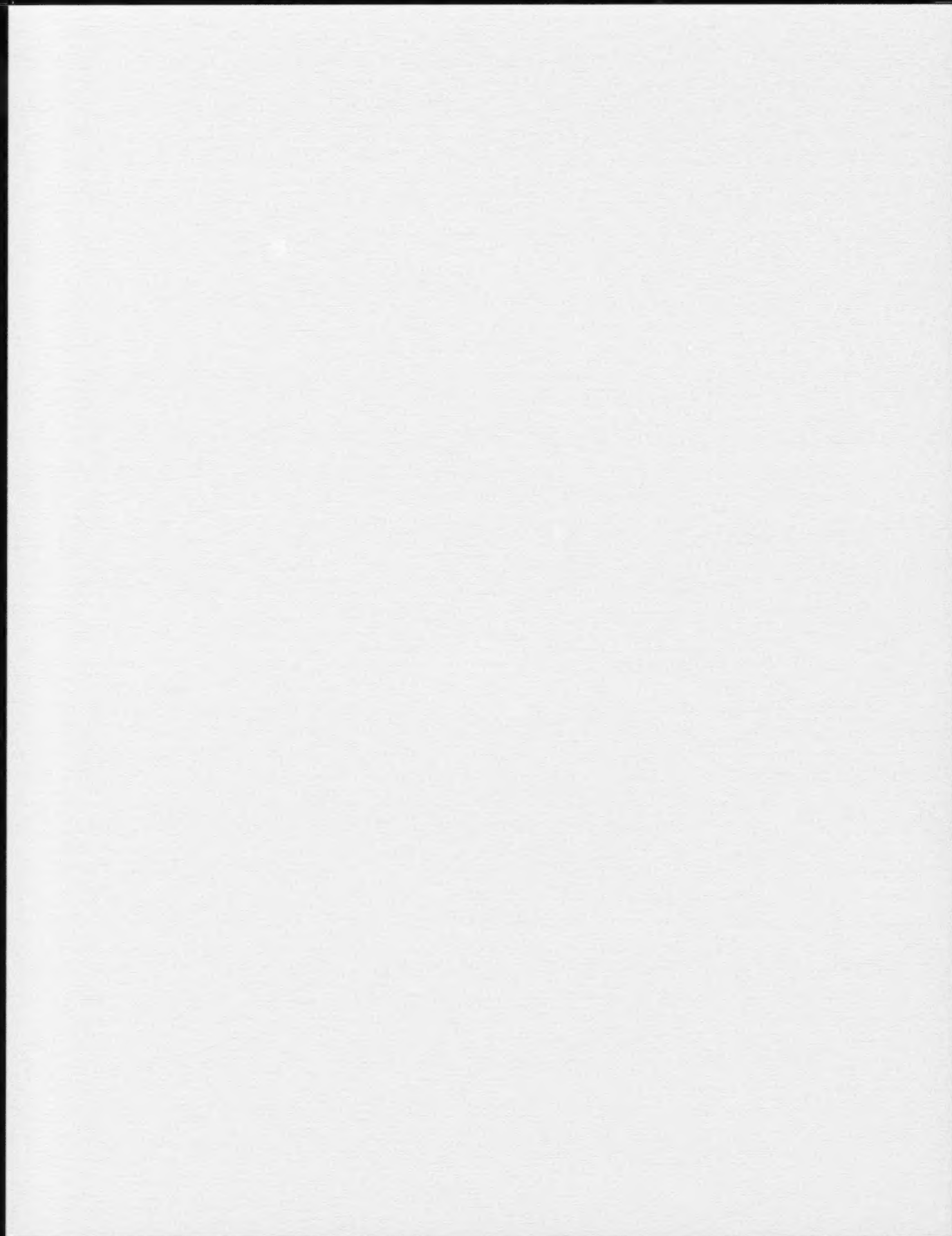
LISTE DES ACRONYMES ET DES ABRÉVIATIONS

ACV	Accident cérébral vasculaire
AEO	Accueil, évaluation, orientation
Agence	Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIR	Commission infirmière régionale
CLSC	Centre local de services communautaires
CMCDU	Comité ministériel de coordination du désencombrement des urgences
CMuR	Commission multidisciplinaire régionale
CPRCN	Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord
CPS	Centre de prévention du suicide
CQTS	Conseil québécois sur le tabac et la santé
CR	Centre de réadaptation
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DGSSMU	Direction générale des services de santé et médecine universitaire
DI	Déficience intellectuelle
DP	Déficience physique
DRMG	Département régional de médecine générale
DRRI	Direction régionale des ressources informationnelles
DSQ	Dossier Santé Québec
EQDEM	Enquête québécoise du développement des enfants à la maternelle
EQSJS	Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire
ESCN	Enquête Santé Côte-Nord
EVAQ	Évacuation aéromédicale du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
HPS	Heures de prestation de services
I-CLSC	Intégration CLSC
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
JNSAP	Journée nationale du sport et de l'activité physique
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MRC	Municipalité régionale de comté

MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PCI	Prévention et contrôle des infections
PCP	Pratiques cliniques préventives
PEM	Plan d'effectifs médicaux
PIQ	Protocole d'immunisation du Québec
PMO	Planification de la main-d'œuvre
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
PSII	Plan de services individualisé et intersectoriel
PSSE	Programme de santé spécifique à l'établissement
RI-RTF	Ressource intermédiaire et ressource de type familial
RLS	Réseaux locaux de services
RMAAQ	Régie des marchés agricoles et alimentaires du Québec
RPA	Résidence pour personnes âgées
RSIPA	Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAD	Soutien à domicile
SIMASS	Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SIV	Soutien d'intensité variable
SMA	Sous-ministre associé
TAP	Technicien ambulancier-paramédic
TED	Trouble envahissant du développement
TIR-SHV	Table intersectorielle régionale sur les saines habitudes de vie
TRPIN	Table régionale en prévention des infections nosocomiales
TRRH	Table régionale des ressources humaines
VPH	Virus du papillome humain

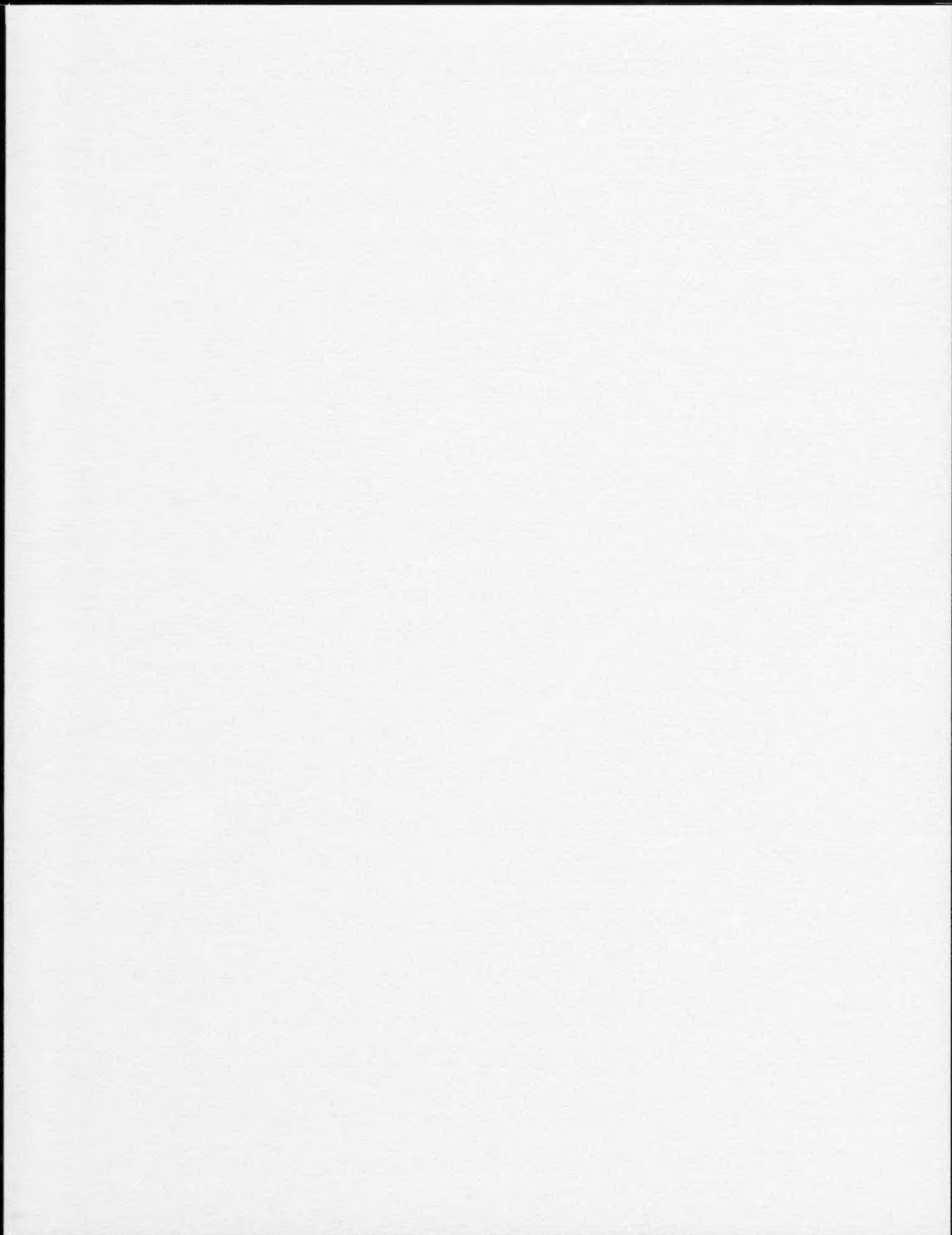
CÔTE-NORD région 09





**PRÉSENTATION DE L'AGENCE
ET DES ACTIVITÉS DE SOUTIEN
AU RÉSEAU NORD-CÔTIER**

**CHAPITRE
I**



LA RÉGION

Située au nord-est du Québec, la Côte-Nord s'étend sur 1 280 km de littoral de Tadoussac à Blanc-Sablon, en passant par L'Île-d'Anticosti et les villes nordiques de Fermont et Schefferville. La Côte-Nord occupe, à elle seule, le cinquième du territoire québécois (21,08 %) et elle se situe au deuxième rang provincial pour son étendue.

Selon les plus récentes données de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), la Côte-Nord compte environ 95 000 habitants. À elles seules, les villes de Baie-Comeau et de Sept-Îles regroupent la moitié de la population. Une quarantaine de municipalités, dont certaines ne sont pas reliées par voie terrestre, sont disséminées sur le territoire qui s'étale sur 270 000 km². La Côte-Nord est une des régions du Québec où la population autochtone est bien présente avec neuf réserves, soit huit communautés innues et une naskapie. D'après les données du recensement de 2006, la région compte 12 740 autochtones, soit environ 13 % de la population régionale. On estime qu'environ 30 % des autochtones nord-côtiers ne vivent pas sur une réserve.

Sur la Côte-Nord, les personnes âgées de 65 ans et plus sont proportionnellement moins nombreuses qu'au Québec, même si leur nombre tend à augmenter. Elles représentent 15,7 % de la population nord-côtière alors que, dans la province, elles comptent pour 16,7 %.

Les résidents de la Côte-Nord sont majoritairement francophones, sauf en Basse-Côte-Nord où 66 % de la population locale déclare uniquement l'anglais comme première langue officielle parlée, soit environ 3 500 personnes.

LA MISSION

L'Agence s'assure, dans le cadre de ses fonctions et en collaboration avec ses différents partenaires, que toute la population de la Côte-Nord ait accès aux services requis pour le maintien et l'amélioration de sa santé et de son bien-être.

L'Agence travaille pour une population dont la réalité géographique, sociale, culturelle et économique a des particularités propres. Le plus grand défi est de rendre accessibles les services de santé et les services sociaux à une des plus petites populations du Québec, répartie sur un des plus grands territoires de la province.

Selon les ressources disponibles et en concertation avec ses partenaires, l'Agence assure l'organisation et la gestion d'un système de santé et de services sociaux de qualité qui doit s'adapter continuellement aux caractéristiques spécifiques de la région et s'arrimer aux priorités ministérielles.

En fait, la préoccupation première de l'Agence est que le citoyen, peu importe où il réside sur le territoire, puisse avoir accès à des services de santé et des services sociaux.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Voici les membres du conseil d'administration de l'Agence au 31 mars 2014.

Tableau 1 : Membres du conseil d'administration

Nom	Collège représenté	Municipalité
Pascal-Simon Audet	Organismes du milieu communautaire	Havre-Saint-Pierre
Johanne Beaudoin	Membre indépendant	Blanc-Sablon
Isabelle Bossé	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée	Sept-Îles
Alice Bourgeois	Comité régional sur les services pharmaceutiques	Sept-Îles
Roger Dubé	Département régional de médecine générale	Baie-Comeau
Céline Foster (vice-présidente)	Comités des usagers des établissements	Forestville
Josée Francoeur	Commission multidisciplinaire régionale	Port-Cartier
Luciana D. Hovington	Membre indépendant	Sacré-Cœur
Pierre Lamontagne (président)	Membre indépendant	Baie-Comeau
Jean-Noël Thériault	Membre indépendant	Sacré-Cœur
Guillaume Tremblay	Organismes représentatifs du milieu syndical	Baie-Comeau
Nathalie Tremblay	Commission infirmière régionale	Sept-Îles
Ivo Di Piazza	Président-directeur général	Baie-Comeau
Vacant	Membre indépendant	

Au total, six rencontres ont été tenues entre le 1^{er} avril 2013 et le 31 mars 2014.

Voici les membres qui siégeaient au comité de vérification au 31 mars 2014 :

- ✕ Josée Francoeur
- ✕ Luciana D. Hovington (présidente)
- ✕ Pierre Lamontagne

Durant l'année qui vient de s'écouler, trois réunions ont été tenues.

LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs est joint au rapport à l'annexe A. Ce code porte sur les devoirs et obligations des administrateurs, traite des situations de conflits d'intérêts, interdit certaines pratiques et prévoit des mécanismes d'application de sanctions en cas de non-respect. Le conseil d'administration considère qu'il est important de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration des fonds publics, de favoriser la transparence et de confirmer la responsabilité individuelle et collective des administrateurs.

Un comité de gouvernance et d'éthique voit à son application. Ce comité doit compter trois membres du conseil d'administration, dont une majorité de membres indépendants.

Voici les membres qui font partie du comité :

- ✕ Pascal-Simon Audet
- ✕ Johanne Beaudoin
- ✕ Jean-Noël Thériault

Au cours de l'année 2013-2014, aucune déclaration de conflits d'intérêts n'a été effectuée.

LA TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE

Cette instance est composée de tous les médecins spécialistes qui agissent à titre de chefs de département au sein des CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan et de Sept-Îles.

La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée a pour mandat de conseiller le président-directeur général de l'Agence au regard de l'organisation régionale des services médicaux en spécialité dont, entre autres :

- ✕ Le plan régional des effectifs médicaux (PREM) en spécialité;
- ✕ Le plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés;
- ✕ Le réseau d'accessibilité aux soins médicaux spécialisés;
- ✕ Tout projet concernant la dispensation des services médicaux spécialisés ainsi que l'utilisation de certains médicaments;
- ✕ L'instauration de corridors de services avec la collaboration du réseau universitaire intégré de santé (RUIS).

Le président-directeur général de l'Agence et le directeur régional des affaires médicales, universitaires et de la santé physique complètent d'office la composition de cette instance. Les directeurs des services professionnels des CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan et de Sept-Îles sont conviés à participer aux rencontres à titre d'invités.

Les responsabilités de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée sont exercées par un comité de direction formé de sept membres provenant de domaines cliniques différents. Deux postes demeurent vacants.

Au cours de l'année 2013-2014, la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée s'est réunie à trois reprises.

**Tableau 2 : Comité de direction de la Table régionale des chefs
de département de médecine spécialisée**

Nom	Fonction	Secteur	Établissement
Dre Isabelle Bossé (présidente)	Chef département clinique	Obstétrique-gynécologie	CSSS de Sept-Îles
Dr André Crépeau	Chef département clinique	Radiologie diagnostique	CSSS de Sept-Îles
Dr Danny Dreige	Chef service clinique	Ophthalmologie	CSSS de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan
Dr Dominique Gionet	Chef département clinique	Médecine spécialisée	CSSS de Sept-Îles
Dr Yves Girard	Chef département clinique	Médecine interne	CSSS de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan
Dre Nancy Griffiths	Chef service clinique	Orthopédie	CSSS de Sept-Îles
Dr Gabriel Lemay	Chef département clinique	Anesthésiologie	CSSS de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan
Vacant	Chef département clinique	Psychiatrie	
Vacant	Chef département clinique	Médecine de laboratoire	

LA COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE

La Commission infirmière régionale (CIR) a pour rôle de donner, aux conseils d'administration de l'Agence et des établissements de la région, des avis concernant principalement les trois domaines suivants :

- ✱ L'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers sur le territoire ainsi que la planification de la main-d'œuvre infirmière;
- ✱ L'accessibilité et la coordination des services impliquant les soins infirmiers du territoire;
- ✱ Les approches novatrices de soins et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population.

Au cours de l'année 2013-2014, la CIR a tenu deux rencontres.

L'Agence a procédé au renouvellement de cette instance au cours du printemps. Voici la nouvelle composition de la CIR.

Tableau 3 : Membres de la Commission infirmière régionale

Nom	Collège représenté	Établissement
Christine Allaire	Direction des soins infirmiers	CSSS de Port-Cartier
Josée Desgagnés	Direction des soins infirmiers	CSSS de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan
Marie LeGendre	Membre coopté	Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Côte-Nord
Isabelle Morin	Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)	CSSS de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan
Stacey Roberts	Conseil des infirmières et infirmiers (CECII)	CSSS de la Basse-Côte-Nord
Nathalie Santerre	Cégep (département des soins infirmiers)	Cégep de Baie-Comeau
Karine St-Hilaire	Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)	CSSS de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan
Marie-Hélène St-Pierre	Conseil des infirmières et infirmiers (CECII)	CSSS de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan
Nathalie Tremblay	Conseil des infirmières et infirmiers (CECII)	CSSS de Sept-Îles
Lise Boivin	Personne désignée par le président-directeur général	Agence

LA COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE

La Commission multidisciplinaire régionale (CMuR) a pour rôle de donner, aux conseils d'administration de l'Agence et des établissements de la région, des avis sur les questions relatives à l'organisation des services autres que médicaux ou infirmiers.

En 2013-2014, l'Agence a procédé au renouvellement de la CMuR et des élections ont eu lieu au printemps. Une première rencontre est prévue avec les nouveaux membres à l'automne. La composition de la CMuR est la suivante.

Tableau 4 : Membres de la Commission multidisciplinaire régionale

Nom	Établissement
Wanda Beaudoin	CSSS de la Basse-Côte-Nord
Katy Bouchard	Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord
Guy Dion	Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord
Josée Francoeur	CSSS de Port-Cartier
Carole Maltais	Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord
Jocelyn Pelletier	Cégep de Baie-Comeau
Anne Rioux	CSSS de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan
Sébastien Tremblay	Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord
Dale Walker	CSSS de Sept-Îles
Marie-Josée Dufour	Agence

LE DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Le Département régional de médecine générale (DRMG) regroupe l'ensemble des omnipraticiens de la région qui œuvrent en première ligne, rejoignant ainsi les médecins ayant une pratique exclusive en clinique privée et ceux qui pratiquent en établissement.

Sous l'autorité du président-directeur général de l'Agence, le DRMG est responsable de :

- Définir, proposer et mettre en place un PREM en médecine de famille et d'assurer sa mise en œuvre, conformément à la décision de l'Agence;
- Définir, proposer et mettre en place un plan régional d'organisation des services médicaux généraux, incluant un réseau de garde intégrée et de garde en disponibilité (maintien à domicile, établissements de longue durée, etc.) et d'assurer sa mise en œuvre, conformément à la décision de l'Agence;
- Définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux s'inscrivant à l'intérieur du plan régional d'organisation des services médicaux généraux;
- Faire des recommandations sur les programmes prioritaires de l'Agence et d'assurer la mise en place de ceux choisis par l'Agence;

- ✖ Faire des recommandations sur la liste des activités médicales particulières (AMP) et d'assurer la mise en place des activités choisies par l'Agence;
- ✖ Évaluer l'atteinte des objectifs relatifs au plan régional d'organisation des services médicaux généraux et de ceux liés à la partie du PREM relative aux médecins omnipraticiens;
- ✖ Donner son avis sur tout projet concernant les services médicaux généraux à dispenser.

Les responsabilités du DRMG sont exercées par un comité de direction composé de huit omnipraticiens au profil de pratique différent et issus des territoires de la Côte-Nord. Dr Roger Dubé, chef du DRMG, assume ses responsabilités sous l'autorité de la Direction générale de l'Agence.

Tableau 5 : Comité de direction du Département régional de médecine générale

Nom	Établissement
Dre Chantale Baril	CSSS de Sept-Îles
Dre Julie Boulanger	CSSS de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan (Les Escoumins)
Dr Roger Dubé (chef du DRMG)	CSSS de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan (Baie-Comeau)
Dr Pierre Gosselin	CSSS de Port-Cartier
Dr Christian Mercier	CSSS de l'Hémalite
Dr Pierre Moore	CSSS de la Minganie
Dr Maxime Robin-Boudreau	CSSS de la Basse-Côte-Nord
Dre Claudette Viens	Clinique privée

Au cours de l'année 2013-2014, le comité de direction s'est réuni à trois reprises.

Les principaux sujets abordés furent :

- ✖ Activités médicales particulières (AMP);
- ✖ Collaboration ou avis au regard de certains programmes :
 - Ordonnances collectives;
 - Déploiement du dossier médical électronique (DMÉ);
- ✖ Organisation des services de première ligne sur le territoire nord-côtier :
 - Accessibilité aux services de première ligne dans les cliniques médicales (accès avancé);
 - Accueil clinique;
 - Mécanisme d'accès aux plateaux techniques et diagnostiques;
- ✖ Plan régional des effectifs médicaux (PREM) :
 - Coordination des effectifs médicaux en médecine de famille sur le territoire;
 - Confirmation des avis de conformité;
- ✖ Recrutement médical :
 - Gestion des ententes particulières;
 - Suivi du programme de bourses en région (en territoire éloigné ou isolé) en médecine de famille.

LE COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES

Le comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) regroupe l'ensemble des pharmaciens de la région, rejoignant ainsi ceux ayant une pratique exclusive en pharmacie communautaire et ceux œuvrant au sein d'un établissement. Dans la perspective de soutenir l'organisation des services pharmaceutiques et la mise en place des réseaux locaux de services (RLS) de santé et de services sociaux, le comité exerce, entre autres, les mandats suivants :

- ✱ Émettre des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre;
- ✱ Donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques, sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments ainsi que sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques;
- ✱ Exécuter tout autre mandat que lui confie le président-directeur général.

Les responsabilités du CRSP sont exercées par un comité de direction composé de quatre membres élus provenant d'autant de collèges électoraux. En septembre 2013, deux pharmaciens, pratiquant en pharmacie communautaire, ont été cooptés pour y siéger en tant qu'observateurs.

Voici les membres du comité de direction.

Tableau 6 : Comité de direction du comité régional sur les services pharmaceutiques

Nom	Fonction	Lieu de pratique
François Alarie	Membre coopté - Pharmacien exerçant en pharmacie communautaire	Fermont
Alice Bourgeois (présidente)	Chef de département clinique de pharmacie exerçant dans un centre exploité par un établissement	CSSS de Sept-Îles
Sylvie Comeau	Pharmacienne exerçant dans un centre exploité par un établissement	CSSS de la HCN-Manicouagan
Christine Lacombe	Pharmacienne propriétaire exerçant en pharmacie communautaire	Baie-Comeau
Audrey McIntyre	Membre coopté - Pharmacienne exerçant en pharmacie communautaire	Sept-Îles
Nancy Saint-Pierre	Pharmacienne exerçant en pharmacie communautaire	Chute-aux-Outardes

Siègent également au CRSP le président-directeur général, le directeur régional des affaires médicales, universitaires et de la santé physique et la responsable du dossier pharmacie à l'Agence.

En 2013-2014, le comité a tenu trois rencontres.

Les sujets suivants ont fait l'objet de discussions :

- ✱ Programme de surveillance de l'usage des antibiotiques;
- ✱ Formation des assistants techniques en pharmacie;
- ✱ Décloisonnement des données de laboratoire aux pharmacies communautaires;
- ✱ Risques industriels majeurs et antidotes;
- ✱ Ordonnances collectives;
- ✱ Dossier Santé Québec (DSQ);
- ✱ Systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments (SARDM).

LE CONSORTIUM INTEREST SANTÉ

L'Agence est partenaire du Consortium InterEst Santé avec les agences du Bas-Saint-Laurent et de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, ainsi qu'avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et l'Université du Québec à Rimouski (UQAR).

La mission du Consortium consiste à soutenir la production et l'utilisation de données liées à l'organisation des services et des pratiques de première ligne dans l'Est-du-Québec en profitant entre autres des réseaux de collaboration dont bénéficie chaque partenaire. Les activités du Consortium portent sur trois axes :

- Recherche et développement;
- Éducation, formation, perfectionnement;
- Communications, liens et échanges.

En 2013-2014, six rencontres ont eu lieu.

LE COMITÉ DE GESTION DU RÉSEAU - CÔTE-NORD

Afin de coordonner l'offre de service dans la région ainsi que les activités de gestion du réseau nord-côtier, le président-directeur général de l'Agence anime une table de concertation avec les établissements. Ce comité est la plateforme privilégiée pour la consultation des gestionnaires sur la planification des services, l'allocation budgétaire et les grands dossiers régionaux.

Le comité de gestion du réseau (CGR) - Côte-Nord s'est réuni à dix reprises au cours de l'année 2013-2014.

LA STRUCTURE DE L'AGENCE

Le plan d'organisation de l'Agence a été modifié en 2013-2014. Voici les directions actuelles :

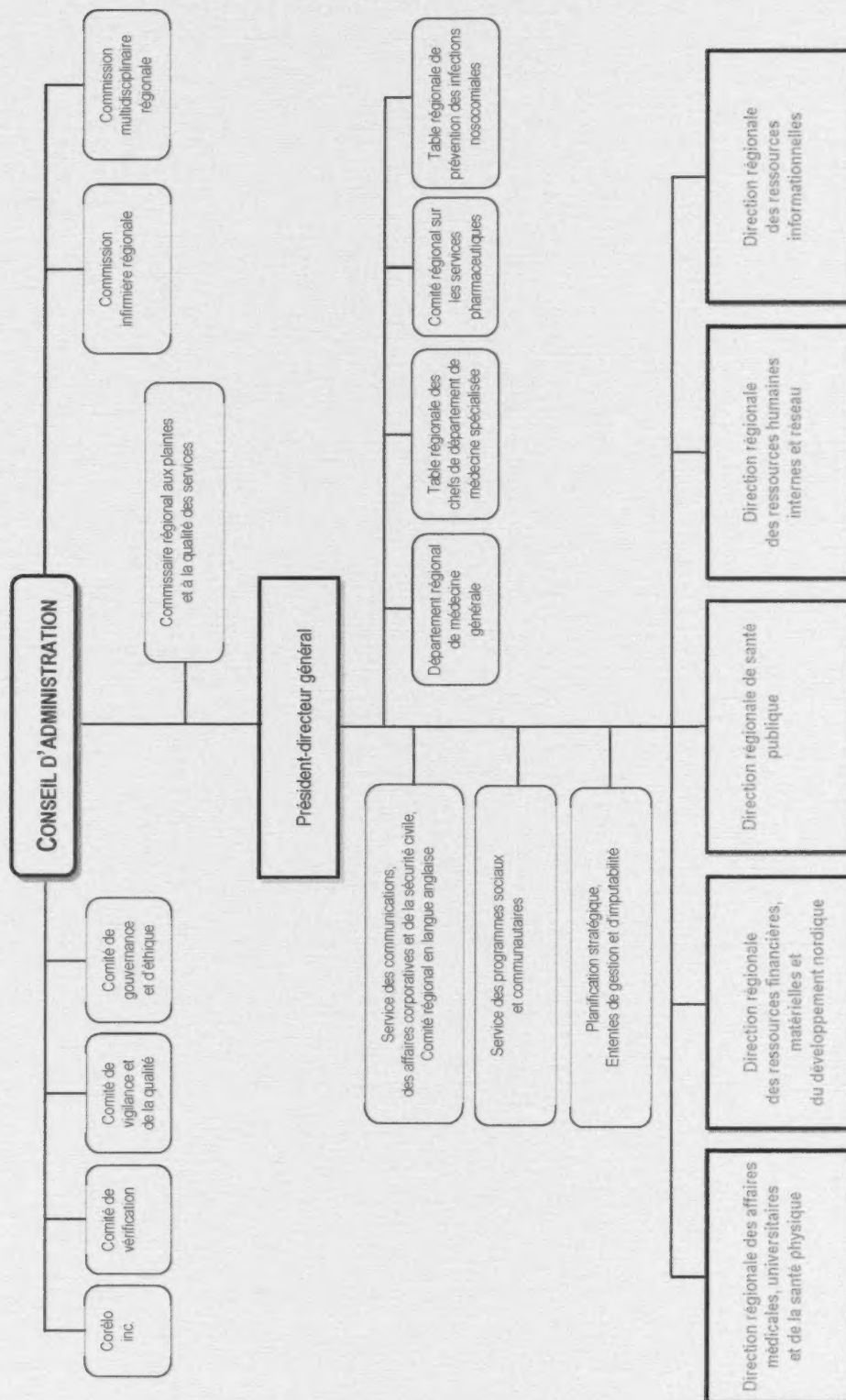
- ✦ Direction générale;
- ✦ Direction régionale de santé publique;
- ✦ Direction régionale des affaires médicales, universitaires et de la santé physique;
- ✦ Direction régionale des ressources financières, matérielles et du développement nordique;
- ✦ Direction régionale des ressources humaines internes et réseau;
- ✦ Direction régionale des ressources informationnelles.

Le tableau et la figure qui suivent reflètent la répartition des effectifs et le schéma organisationnel de l'Agence.

Tableau 7 : Répartition des effectifs de l'Agence

Effectifs de l'Agence au 31 mars 2014		Exercice courant	Exercice précédent
Employés cadres	Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	15,00	17,00
	Temps partiel (équivalents temps complet excluant les personnes en stabilité d'emploi)		
	Nombre de cadres en stabilité d'emploi	3,00	
Employés réguliers	Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	92,00	88,00
	Temps partiel (équivalents temps complet excluant les personnes en sécurité d'emploi)	3,00	3,00
	Nombre d'employés en sécurité d'emploi		
Employés occasionnels	Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	19 229,56	18 592,56
	Équivalents temps complet	10,57	10,18

Figure 1 : Schéma organisationnel 2013-2014



LES ÉTABLISSEMENTS

La région compte huit établissements dont six CSSS intégrant les missions médicale, sociale et d'hébergement de longue durée. Les deux autres sont le CLSC Naskapi desservant la communauté de Kawawachikamach et le Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord (CPRCN) qui regroupe quatre missions.

MRC DE LA HAUTE-CÔTE-NORD ET MRC DE MANICOUAGAN

Ayant son siège social à Baie-Comeau, le CSSS de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan dispense aussi des services dans ses installations situées en Haute-Côte-Nord, soit à Sacré-Cœur, Les Bergeronnes, Les Escoumins et Forestville, ainsi que dans la Manicouagan, soit à Chute-aux-Outardes et Baie-Trinité. Le territoire desservi s'étend de Tadoussac à Baie-Trinité, incluant deux communautés innues. Le CSSS dessert une population totale de 42 600 habitants. Baie-Comeau, avec ses 22 000 habitants, est la municipalité la plus peuplée de ce territoire.

MRC DE SEPT-RIVIÈRES

La MRC de Sept-Rivières compte deux établissements qui offrent des services de santé et des services sociaux à une population estimée à 35 350 personnes.

Le CSSS de Sept-Îles dessert 27 600 personnes. La ville de Sept-Îles représente la principale agglomération avec 26 000 résidents. Ce secteur compte également la communauté innue de Uashat mak Mani-Utenam.

Le CSSS de Port-Cartier dessert une population de 7 750 personnes.

MRC DE LA MINGANIE

Le CSSS de la Minganie dessert une population de 6 360 personnes, dont la moitié vit à Havre-Saint-Pierre. En plus du siège social situé dans cette municipalité, l'établissement compte sept points de service sur un territoire de 310 km, dont un en milieu isolé (L'Île-d'Anticosti). Ce secteur comporte aussi deux communautés innues.

MRC DU GOLFE-DU-SAINT-LAURENT

Le CSSS de la Basse-Côte-Nord est situé à Blanc-Sablon et dessert, au total, une population de 5 200 habitants. Le territoire de la Basse-Côte-Nord s'étend de Kegaska jusqu'aux frontières du Labrador et comprend deux communautés innues. Sur une distance de 400 km, la Basse-Côte-Nord est majoritairement constituée de villages isolés où on retrouve huit points de service du CSSS.

MRC DE CANIAPISCAU

La MRC de Caniapiscau comprend deux établissements qui offrent des services de santé et des services sociaux à une population estimée à environ 4 000 personnes.

Le CSSS de l'Hématite, qui est situé à Fermont avec un point de service à Schefferville, dessert une population de 3 430 habitants. Le CLSC Naskapi, de juridiction provinciale, constitue le second établissement compris dans la MRC de Caniapiscau. Il offre ses services à la communauté naskapie de Kawawachikamach (620 habitants).

MISSION RÉGIONALE

Le CPRCN couvre l'ensemble de la population régionale avec ses services de réadaptation en déficience physique et intellectuelle, en dépendance ainsi qu'en protection de la jeunesse.

Son siège social est à Baie-Comeau et les services sont offerts dans seize points de service, et ce, dans toutes les MRC de la Côte-Nord.

LES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES

L'Agence a la responsabilité de s'assurer que les établissements offrent des services adaptés aux autochtones de son territoire. Elle est imputable de la cohérence et de la mise en œuvre des orientations et des engagements ministériels à l'égard de cette clientèle. L'Agence soutient les CSSS dans leurs rapports avec les communautés, particulièrement lorsqu'elles sont confrontées à des problématiques complexes. L'Agence collabore de concert avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL), Santé Canada, Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AADNC) ainsi qu'avec les dirigeants des communautés et des centres de santé autochtones de la région, et ce, sur différents dossiers dont la maladie de Huntington, l'inhalothérapie et l'hémodialyse.

Des actions pour la réalisation d'ententes de collaboration concernant la trajectoire de services en dépendances et en santé mentale sont en cours dans quatre territoires de CSSS (Basse-Côte-Nord, Minganie, Sept-Îles et Haute-Côte-Nord-Manicouagan) et impliquent la participation de six communautés innues (Pakua Shipi, Unamen Shipu, Nutashkuan, Ekuanitshit, Uashat mak Mani-Utenam et Pessamit). Ces travaux s'échelonneront jusqu'en mars 2015.

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Le financement accordé dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), par le biais de la mission globale des organismes ayant signé la convention de subvention 2012-2015, nous permet de soutenir 99 organismes impliqués dans plusieurs secteurs d'activité concernant directement la santé et les services sociaux. Au total, cela représente un investissement de 10 355 448 \$. Pour consentir à l'attribution de ces crédits, les organismes doivent respecter les normes édictées par le MSSS ainsi que par le *Cadre de reconnaissance et de financement des organismes communautaires de la Côte-Nord* en termes de reddition de comptes. Ainsi, l'Agence reçoit de chaque organisme un rapport annuel faisant le bilan des activités réalisées et de ses états financiers. La transmission des prévisions budgétaires équilibrées à chaque année favorise une saine gestion de ces organismes.

Tableau 8 : Financement accordé dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires

Organisme	Subvention (\$)		Catégorie
	2013-2014	2012-2013	
À la Source Sept-Îles	68 491	67 412	Santé physique
Action Autisme et T.E.D. Haute-Côte-Nord Manicouagan	55 383	27 670	Troubles envahissants du développement
Ado-Cité – Maison des jeunes	40 567	39 928	Maisons de jeunes
Association de la fibromyalgie et de la fatigue chronique de Manicouagan et de la Haute-Côte-Nord inc.	15 839	15 590	Déficience physique
Association des handicapés adultes de la Côte-Nord inc.	25 261	24 863	Déficiences multiples
Association des jeunes de Fermont	22 480	22 126	Maisons de jeunes
Association des parents et amis du malade émotionnel (APAME) Baie-Comeau inc.	74 768	73 591	Santé mentale
Association des parents PANDA Manicouagan	22 115	21 767	Santé mentale
Association des personnes avec difficultés visuelles de Manicouagan	25 933	25 525	Déficience physique
Association des sourds de Baie-Comeau	6 810	6 703	Déficience physique
Association des troubles anxieux de la Côte-Nord	17 562	17 285	Santé mentale
Association Fibromyalgie de Duplessis	16 248	15 992	Déficience physique
Association nord-côtière de l'autisme et des troubles envahissants du développement (ANCATED)	28 115	27 672	Troubles envahissants du développement
Association parents et amis du malade émotionnel de l'Est de la Côte-Nord inc. (APAME)	80 708	79 437	Santé mentale
Bureau régional d'information en santé sexuelle (BRISS)	67 498	66 435	VIH-SIDA
Centre communautaire pour les aînés de Ragueneau inc.	31 205	30 714	Personnes âgées
Centre d'action bénévole de la Minganie	141 336	115 737	Maintien à domicile
Centre d'action bénévole de Sept-Îles	149 169	135 729	Maintien à domicile
Centre d'action bénévole Le Nordest	252 172	241 586	Maintien à domicile
Centre d'activités de la Haute-Côte inc.	62 861	61 871	Déficiences multiples
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) - Baie-Comeau *Lumière boréale	256 632	252 591	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) - Sept-Îles *La pointe du jour	116 640	114 803	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
Centre de bénévolat de Port-Cartier inc.	189 637	180 841	Maintien à domicile
Centre de bénévolat Manicouagan inc.	165 241	155 890	Maintien à domicile
Centre de dépannage des Nord-Côtiers	2 339	2 302	Personnes démunies
Centre de femmes « l'Étincelle »	187 773	184 816	Centres de femmes
Centre de prévention du suicide Côte-Nord	420 375	413 755	Santé mentale
Centre des femmes de Forestville	187 765	184 808	Centres de femmes

Organisme	Subvention (\$)		Catégorie
	2013-2014	2012-2013	
Centre d'intervention Le Rond-Point	121 743	119 826	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Centre femmes aux 4 Vents	187 764	184 807	Centres de femmes
Centre Le Volet des femmes	187 876	184 917	Centres de femmes
Club des Citoyens Seniors de Chevery	24 608	24 220	Personnes âgées
Club l'Étape Manicouagan	12 388	16 343	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Comité action jeunesse de Bergeronnes	34 657	34 111	Maisons de jeunes
Comité action jeunesse de Sacré-Cœur	34 657	34 111	Maisons de jeunes
Comité action jeunesse de Tadoussac	16 860	16 594	Maisons de jeunes
Comité action jeunesse des Escoumins	34 657	34 111	Maisons de jeunes
Comité de bénévoles Bergeronnes	5 592	5 504	Maintien à domicile
Comité de bénévoles Escoumins	5 592	5 504	Maintien à domicile
Comité de bénévoles Sacré-Cœur	5 592	5 504	Maintien à domicile
Comité jeunesse de Sainte-Anne-de-Portneuf	33 842	33 309	Maisons de jeunes
Comptoir alimentaire de Sept-Îles	28 005	27 564	Personnes démunies
Comptoir alimentaire, L'Escale	28 005	27 564	Personnes démunies
CoNVERjaNCE Manicouagan	206 989	203 729	Organismes de justice alternative
Cuisine collective des écureuils de Baie-Comeau	2 731	2 688	Personnes démunies
Éki-Lib Santé Côte-Nord	35 360	34 803	Santé mentale
Espace Côte-Nord	122 335	120 408	Autres ressources jeunesse
Groupe Entre-Amis de Baie-Comeau	62 870	61 880	Déficiences multiples
Homme Aide Manicouagan	117 675	96 137	Autres ressources hommes
Hom'asculin Port-Cardier	60 729	49 930	Autres ressources hommes
Hommes Sept-Îles, Centre d'entraide pour hommes inc.	101 440	50 630	Autres ressources hommes
La Croisée, un organisme de justice alternative	253 540	249 547	Organismes de justice alternative
La Maison des femmes de Sept-Îles	645 822	636 181	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
La Maison des jeunes « La Boîte » de Ragueneau	32 420	31 909	Maisons de jeunes
La Maison des jeunes de Port-Cardier	110 977	109 229	Maisons de jeunes
La Maison des jeunes La Relève	93 625	92 151	Maisons de jeunes
La Maison des jeunes Le Spoth de Chute-aux-Outardes	32 420	31 909	Maisons de jeunes
La Maison du Tonnerre	52 373	51 548	Maisons de jeunes
La popote roulante « Les Délices Maisons »	12 312	6 508	Personnes démunies
L'Alliance des femmes	187 767	184 810	Centres de femmes
L'Association canadienne pour la santé mentale Côte-Nord inc.	86 449	85 088	Santé mentale
L'Association des locataires de la résidence Père Méthot	1 193	1 174	Maintien à domicile
L'Association Épilepsie Côte-Nord inc.	22 247	21 897	Déficiences multiples
L'Âtre de Sept-Îles	320 234	315 191	Santé mentale
Le Comité de bénévoles de Tadoussac	5 649	5 560	Maintien à domicile
Le Créam	156 625	154 158	Santé mentale
Le Module d'épanouissement à la vie de Sept-Îles	33 716	33 185	Déficiences multiples
Le Pivotal des Îles inc.	62 871	61 881	Déficiences multiples
Le Répît Daniel Potvin inc.	238 665	206 683	Déficiences multiples
L'Entre-Deux-Tourments	69 235	68 145	Maisons de jeunes
Les Amis du Rayon d'Or	52 118	39 486	Maintien à domicile
Les Girouettes de Chute-aux-Outardes	31 251	30 759	Déficiences multiples
Les Habitations communautaires Le Gîte inc.	33 249	32 725	Santé mentale
L'Espoir de Shelnah	146 873	144 560	Déficiences multiples
Maison Anita LeBel	73 020	71 870	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Maison d'aide et d'hébergement de Fermont inc.	565 115	556 314	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Maison de transition Baie-Comeau inc.	196 063	192 975	Santé mentale
Maison des femmes de Baie-Comeau	657 943	648 218	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Maison des jeunes de Colombier	11 139	10 964	Maisons de jeunes
Maison des jeunes « La Source » Minganie	77 765	76 540	Maisons de jeunes
Maison des jeunes « Le S.Q.U.A.T. »	39 350	38 730	Maisons de jeunes

Organisme	Subvention (\$)		Catégorie
	2013-2014	2012-2013	
Maison des jeunes de Longue-Rive	26 563	26 145	Maisons de jeunes
Maison des jeunes l'Authentique	40 567	39 928	Maisons de jeunes
Maison des jeunes l'Entretiens de Forestville	85 345	84 001	Maisons de jeunes
Maison jeunes Gros Mecatina	11 139	10 964	Maisons de jeunes
Maison l'Amie d'Elle inc.	680 148	670 046	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Module d'épanouissement à la vie de Havre-Saint-Pierre	16 399	16 141	Déficiences multiples
Module d'épanouissement à la vie Sacré-Cœur (secteur BEST)	17 707	17 428	Déficiences multiples
Nouveau Regard	1 636	6 543	Santé mentale
Point de rencontre inc.	213 874	210 507	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Regroupement des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale Côte-Nord	13 622	13 407	Santé mentale
Répît Richelieu	204 714	201 490	Déficiences multiples
Ressource de réinsertion « Le Phare »	35 548	34 988	Santé mentale
Société Alzheimer de la Côte-Nord	88 537	75 332	Personnes âgées
Société canadienne de la sclérose en plaques, section Côte-Nord	14 532	14 303	Déficiences physiques
Table régionale des organismes communautaires de la Côte-Nord	96 838	95 313	Concertation et consultation générale
Transit Sept-Îles	90 765	89 336	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Unité Domrémy de Baie-Comeau inc.	34 718	34 171	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Vers l'âge Senior inc.	177 880	175 079	Maintien à domicile
MONTANT VERSÉ AUX ORGANISMES	10 355 448	9 986 650	
NOMBRE TOTAL D'ORGANISMES SOUTENUS	99	99	

LES RESSOURCES NON INSTITUTIONNELLES

RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL (RI-RTF)

Au 31 mars 2014, le réseau nord-côtier de RI-RTF se répartit comme suit :

Pour accueillir les jeunes de 18 ans et moins :

- ✱ 64 familles d'accueil pour un total de 160 enfants;
- ✱ Présentement, 131 enfants sont placés.

Pour recevoir les adultes et les aînés :

- ✱ 55 résidences d'accueil dénombant 218 places;
- ✱ 28 ressources intermédiaires disposant de 266 places.

Actuellement, la nouvelle réglementation (ententes nationales sur la rétribution) pour les RI-RTF est en place dans l'ensemble du réseau nord-côtier. Précisons, également, que des travaux sont en cours afin d'appliquer la nouvelle rétribution aux ressources autochtones.

Des travaux seront en cours durant l'automne afin de revoir les besoins des différents RLS en lien avec les RI-RTF.

RÉSIDENCES POUR PERSONNES ÂGÉES (RPA)

Actuellement, on retrouve 9 résidences certifiées sur l'ensemble du territoire pour un total de 470 unités d'hébergement. Précisons qu'une nouvelle réglementation concernant les résidences pour personnes âgées est en place depuis mars 2013, ce qui pourrait menacer la survie de certaines petites installations.

Des modifications de réglementation sur la certification sont attendues de la part du MSSS. Des orientations en ce sens devraient être connues bientôt.

LES RESSOURCES HUMAINES

PERSONNEL RÉSEAU ET MINISTÉRIEL

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Priorité	Résultat 2013-2014	État d'avancement des travaux
Processus de coordination lié aux projets d'optimisation	Stratégie de coordination régionale ou interrégionale. Analyse des besoins et attentes des établissements de sa région. Objectifs régionaux et livrables visés pour 2013-2015. Cartographie des projets de la région. Présentation de l'utilisation des sommes versées par le MSSS. Présentation des investissements régionaux.	<input type="checkbox"/> Réalisé <input checked="" type="checkbox"/> En cours de réalisation

Commentaires

- Stratégie de coordination interrégionale transmise au MSSS sous forme de devis d'intention au printemps 2013.
- Coordination des projets d'optimisation, volet ressources humaines, effectuée par la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean.
- La coordination de tous les autres projets est assumée par la région.
- Mai 2013, appel de projets auprès de tous les établissements de la Côte-Nord avec possibilité d'un soutien financier non récurrent.
- Automne 2013, délai accordé afin de permettre aux établissements de compléter le processus.
- Étude des projets et rencontre avec chaque établissement afin de les informer des projets retenus et des suivis à effectuer.
- Les objectifs régionaux pour 2013-2015 seront axés sur les projets liés aux ressources humaines afin d'infléchir les coûts liés à la main-d'œuvre indépendante, à l'assurance salaire et aux heures supplémentaires.

DISPONIBILITÉ ET UTILISATION OPTIMALE DE LA MAIN-D'ŒUVRE DU RÉSEAU

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Objectifs de résultats	5.1.3	Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local, régional et national de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles
	5.1.4	Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail
	5.1.5	Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité
	5.1.6	Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique

Indicateur		Résultat 2012-2013	Engagement 2013-2014	Résultat 2013-2014
3.08	Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	100 %	100 %	100 %
3.09	Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	87,5 %	100 %	87,5 %
3.05.01	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	8,64 %	7,5 %	8,31 %
3.05.02	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	5,39 %	4,22 %	5,37 %
3.06.01	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	8,63 %	3,39 %	7,91 %
3.06.02	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	8,85 %	1,43 %	3,12 %
3.06.03	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	3,33 %	0,35 %	2,34 %
3.06.04	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes	0,62 %	3,12 %	0 %

Commentaires

Au cours des dernières années, plusieurs problématiques en lien avec la main-d'œuvre ont été identifiées. Les indicateurs qui réfèrent au recours à la main-d'œuvre indépendante, aux heures supplémentaires et à l'assurance salaire témoignent d'ailleurs de la tendance à la décroissance de la présence au travail. La région maintient aussi des taux de roulement relativement élevés et, à l'inverse, des taux de rétention des salariés ayant moins de deux ans d'ancienneté plutôt bas. Enfin, pour plusieurs titres d'emploi, des taux de précarité assez élevés sont observés.

Depuis janvier 2013, les établissements de la région bénéficient du soutien de l'expertise de l'équipe des ressources humaines de l'Agence du Saguenay-Lac-Saint-Jean afin de parfaire l'état des lieux et d'identifier la stratégie, les modalités et les priorités des actions à tenir dans le cadre d'une démarche régionale de santé et de sécurité au travail, de même que pour la gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre. Ce soutien inclut également la coordination des projets d'optimisation, volet ressources humaines.

RÉTENTION ET MIEUX-ÊTRE AU TRAVAIL

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Objectifs de résultats	5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé
	5.2.2 Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail

Indicateur		Résultat 2012-2013	Engagement 2013-2014	Résultat 2013-2014
3.14	Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	100 %	56 %	56 %
3.13	Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	0 %	25 %	25 %
3.01	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	9,31 %	7,01 %	8,03 %
3.10	Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique - Volet préceptorat	100 %	100 %	57 %

Commentaires
Voir les commentaires de la fiche « Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau ».

PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE (PMO)

Le réseau de la santé et des services sociaux de la région compte actuellement 3 680 employés et embauche en moyenne 729 personnes par année. Compte tenu des besoins en santé et services sociaux de la population et des départs à la retraite, nous devons recruter du personnel dans toutes les catégories d'emploi, que ce soit du personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires, paratechnique, services auxiliaires et métiers, de bureau, techniciens et professionnels de l'administration, de la santé et des services sociaux ainsi que du personnel d'encadrement.

Sur l'ensemble des employés des établissements, 14 % ont plus de 55 ans (vulnérabilité retraite) et 33 % ont moins de 35 ans et sont susceptibles de s'absenter pour des congés de maternité ou parentaux. D'ici les trois prochaines années, environ 1 941 départs sont projetés (incluant les départs à la retraite et tous les mouvements de main-d'œuvre), ce qui représente 53 % de l'effectif qui sera à renouveler.

Les titres d'emploi à l'étude par le MSSS qui sont considérés en difficulté de recrutement sont : audiologiste, ergothérapeute, infirmière, infirmière auxiliaire, inhalothérapeute, orthophoniste, pharmacien d'établissement, physiothérapeute, préposé aux bénéficiaires, psychologue, technologiste médical et travailleur social. Dans la région, les mêmes titres d'emploi sont difficiles à pourvoir, de même que les postes suivants : agent de relations humaines, employés de métier et personnel de secrétariat.

Afin de relever le défi de la planification de la main-d'œuvre, un plan d'action régional en PMO 2013-2016 a été élaboré en collaboration avec les différents acteurs du réseau. Plusieurs réalisations locales et régionales sont déjà en cours, par exemple :

- ✦ Création d'une table régionale des ressources humaines (TRRH);
- ✦ Élaboration d'un plan d'action régional en ressources humaines;
- ✦ Création d'un sous-comité régional PMO;

- ✖ Diagnostic régional pour la réduction de la main-d'œuvre indépendante et des heures supplémentaires;
- ✖ Dossier PMO considéré comme prioritaire à la TRRH;
- ✖ Financement de l'Agence pour sept projets étudiants d'emplois d'été;
- ✖ Obtention du MSSS de sept bourses d'études en région éloignée;
- ✖ Programme de soutien clinique en soins infirmiers (préceptorat) dans quatre établissements;
- ✖ Projets locaux pour favoriser l'attraction, le recrutement et la rétention;
- ✖ Quatorze projets d'organisation du travail subventionnés par le MSSS et plusieurs autres projets locaux;
- ✖ Plusieurs autres actions locales et régionales.

DÉVELOPPEMENT DU PERSONNEL D'ENCADREMENT

Un comité régional de développement du personnel d'encadrement (CRDPE) coordonne l'ensemble des activités régionales reliées au développement du personnel d'encadrement, dont notamment le Programme de formation à l'intention des cadres (démarrage de deux nouvelles cohortes de seize nouveaux gestionnaires des différents établissements du réseau de la région).

SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL

Les établissements de santé et de services sociaux de la Côte-Nord sont soucieux de trouver des solutions durables afin de diminuer les taux d'assurance salaire et de prestations de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). En effet, l'augmentation des taux régionaux prive les établissements de ressources humaines ainsi que de moyens financiers importants, ce qui génère des impacts sur les services rendus à la population.

De nombreux efforts ont été déployés dans chaque établissement afin de contrer ces hausses et d'assurer un milieu de travail sain et sécuritaire dans le respect de la personne et de son intégrité, des lois, règlements, politiques, directives et procédures en matière de santé et sécurité au travail.

Plusieurs activités sont réalisées ou en cours de réalisation :

- ✖ Dossier prioritaire à la TRRH;
- ✖ Soutien d'un expert-conseil en santé et sécurité au travail;
- ✖ Création d'un bureau de santé sous-régional;
- ✖ Réalisation d'audits en gestion de l'absentéisme et rapports produits pour chaque établissement;
- ✖ Rencontres des médecins et syndicats afin de les sensibiliser aux rôles d'assureur et aux critères d'admissibilité, aux différents régimes et de les informer de nos pratiques de gestion;
- ✖ Plusieurs autres actions locales et régionales.

LES RESSOURCES ET LA SÉCURITÉ DES ACTIFS INFORMATIONNELS

La Direction régionale des ressources informationnelles (DRRI) a terminé sa deuxième année d'opération avec tous les effectifs des ressources informatiques de la Côte-Nord réunis sous une même direction. Une consultation du personnel a permis de confirmer les bénéfices générés par ce nouveau mode d'organisation autant au chapitre de l'accomplissement professionnel des ressources que de l'efficience de la gestion pour les organisations.

La DRRI a également apporté quelques ajustements à son plan d'organisation afin d'alléger la structure administrative tout en facilitant la fluidité des communications. Ainsi, les changements suivants ont été apportés :

- ✕ Deux postes de gestion ont été abolis;
- ✕ L'équipe des télécommunications et celle des infrastructures ont été regroupées pour former l'équipe des services spécialisés;
- ✕ Un poste de technicien spécialisé a été ajouté à l'équipe des services spécialisés;
- ✕ L'équipe de gestion de projets et de l'infocentre a été consolidée sous la gestion du coordonnateur régional.

Soulignons également un changement de direction à la suite du départ de la directrice régionale des ressources informationnelles.

SYSTÈMES D'INFORMATION

L'Agence a réalisé des investissements majeurs afin de permettre la mise à niveau de plusieurs systèmes d'information cliniques en vue de leurs compatibilités aux nouvelles versions de Windows et de permettre l'alimentation du DSQ.

Une architecture régionale a été définie et les infrastructures ont été implantées pour supporter le déploiement de bureaux virtuels. Cette nouvelle façon de rendre disponibles les systèmes d'information aux utilisateurs découle des besoins accrus de mobilité, tout en maintenant une flexibilité quant à la gestion. D'ici les trois prochaines années, l'objectif est de convertir 60 % du parc actuel à cette nouvelle technologie.

Les orientations en matière de gestion centralisée requièrent des infrastructures robustes et redondantes. Ainsi, des investissements majeurs ont été réalisés au cours de l'année pour améliorer la sécurité et la disponibilité des systèmes d'information. De plus, la région a poursuivi la virtualisation de ses serveurs. Actuellement, 80 % du parc des serveurs utilisant la plateforme Windows sont virtualisés.

CENTRE DE SERVICES

Dans le but de mesurer la qualité du service offert aux utilisateurs, un sondage de satisfaction a été intégré à la solution de gestion des requêtes. Depuis le 1^{er} avril 2013, les utilisateurs sont invités à transmettre leurs commentaires et leur degré de satisfaction à chaque fermeture de requête. Au cours de l'année, 17,6 % des répondants ont donné une rétroaction avec un taux moyen de satisfaction de 96,3 %. Pour les clients insatisfaits, un suivi est effectué pour en comprendre les raisons, et ce, dans un souci d'amélioration continue.

Puisque les ressources de la DRRI sont réparties dans les établissements de la région, le système téléphonique a été adapté pour permettre la prise d'appels peu importe l'endroit sur le territoire et pour faciliter les communications internes.

DOSSIER SANTÉ QUÉBEC (DSQ)

Le DSQ permet aux professionnels de la santé d'accéder, à partir d'un outil électronique hautement sécurisé, à un certain nombre de renseignements de santé jugés essentiels aux services de première ligne.

Pour chaque établissement, deux gestionnaires d'autorisation d'accès et deux agents de vérification d'identité ont été identifiés et formés pour permettre la délivrance des dispositifs aux intervenants ciblés. Une équipe régionale d'agents de vérification d'identité a également été formée pour assurer le déploiement dans les groupes de médecine de famille (GMF) et les cliniques privées de la région.

L'équipe des ressources informationnelles est responsable de déployer le visualiseur sur l'ensemble des postes informatiques ciblés par les répondants locaux des établissements. Jusqu'à maintenant, plus de 50 % des postes sont déjà déployés.

Notons également que 12 pharmacies sur 17 alimentent présentement le DSQ. Les travaux pour relier les pharmacies restantes ainsi que les laboratoires des établissements seront réalisés au cours de l'année prochaine. Concernant l'imagerie médicale, une mise à jour majeure du système d'information est requise et est en cours de réalisation pour permettre au RUIS de l'Université Laval de rendre disponible le domaine imagerie de notre région. Ces travaux seront exécutés au cours de l'automne prochain.

FUSION DU CSSS DE LA HAUTE-CÔTE-NORD-MANICOUAGAN

La fusion du CSSS de la Haute-Côte-Nord et du CSSS de Manicouagan a représenté un défi pour les ressources informationnelles. Cette fusion a amené la DRRI, en partenariat avec le CSSS de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan, à analyser les différents systèmes d'information afin de les uniformiser et de les optimiser. Le système d'admission a été rehaussé, ce qui a permis à l'établissement de se doter d'un index patient organisationnel.

LA SÉCURITÉ CIVILE - MISSION SANTÉ

Une vingtaine d'événements ont nécessité le déploiement des mesures d'urgence à l'Agence et dans les établissements l'an dernier. Affaissement de la route 138, feux de forêt exigeant l'évacuation de villages, panne d'électricité et de télécommunication, problème d'approvisionnement en eau potable, bref les événements qui affectent le réseau de la santé sont nombreux et démontrent encore une fois l'importance d'une bonne préparation des intervenants en sécurité civile. Outre ces événements, la préparation à la fermeture complète de l'aéroport de Havre-Saint-Pierre qui aura lieu à l'été 2014 a demandé un travail de planification important afin que les risques, pour les patients qui doivent être transférés en urgence, soient écartés et que leur sécurité soit assurée.

L'année 2013-2014 restera une année marquante pour la sécurité civile, puisque le MSSS s'est doté d'une politique formelle, démontrant ainsi l'importance du rôle et des responsabilités du réseau de la santé et des services sociaux pour agir en prévention et préparer une réponse concertée aux risques présents dans notre environnement. L'Agence a relancé dans la dernière année les activités de prévention avec le réseau nord-côtier et poursuivit ses échanges avec les partenaires sur diverses problématiques. L'Agence a siégé à deux comités de travail provincial sur les relations entre les CSSS et les municipalités en matière de sécurité civile, de même que sur les attentes qui devraient être inscrites dans l'entente de gestion et d'imputabilité. Pour la première fois en 2014-2015, des attentes sont signifiées aux agences et aux établissements concernant la sécurité civile - mission santé dans les ententes de gestion. La formation psychosociale des intervenants sur le terrain s'est également poursuivie cette année. Au total, 52 personnes ont suivi les formations offertes par l'Agence en collaboration avec une formatrice du CSSS de Port-Cartier.

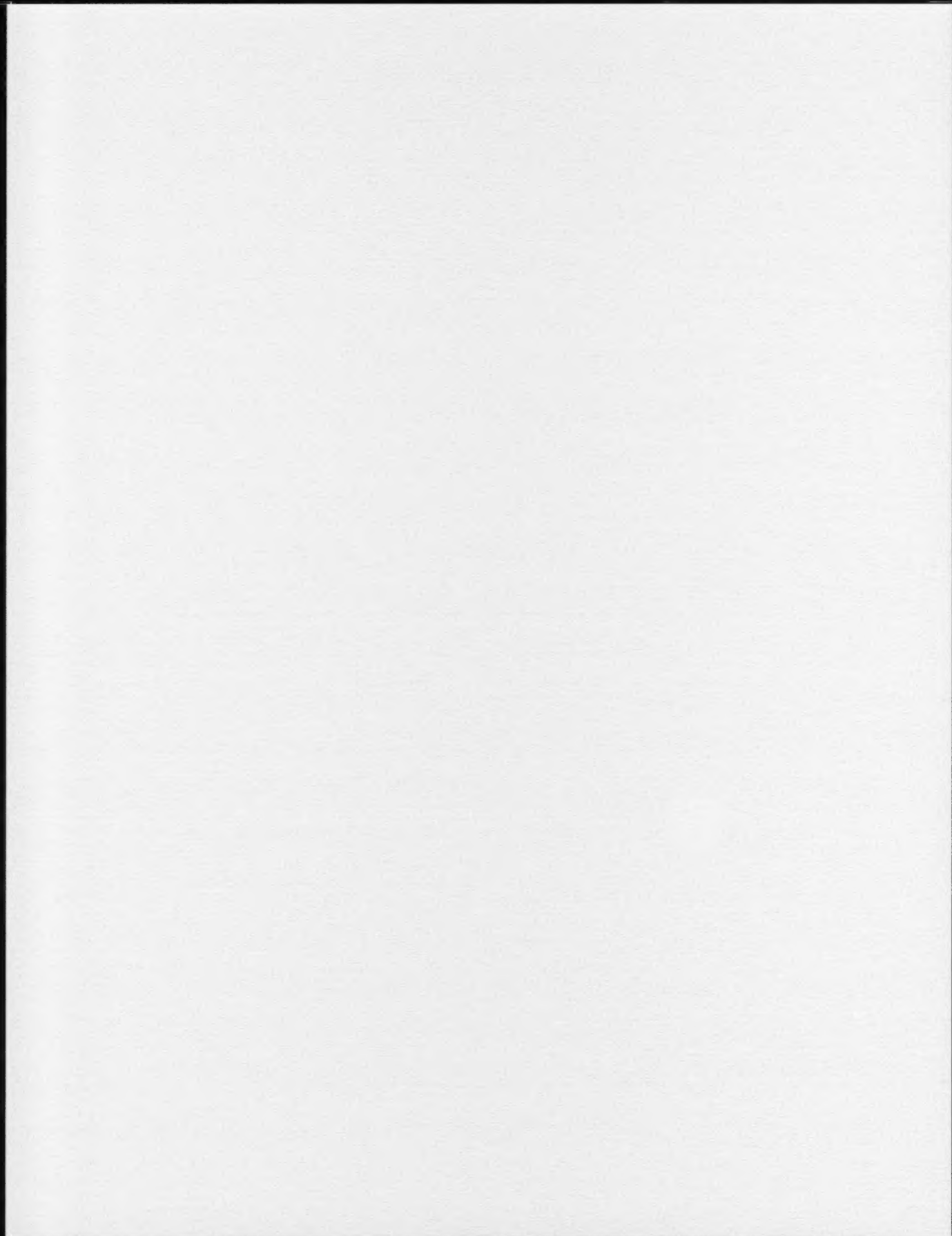
L'année 2014-2015 s'annonce chargée pour la sécurité civile. Formation sur la nouvelle mission santé, formation et implantation du nouveau *Guide de décontamination des personnes en centre hospitalier*, début des travaux de mise à jour du plan régional de sécurité civile, et poursuite du projet de gestion des risques industriels majeurs grâce aux investissements consentis par la Direction de santé publique. Toutes ces actions visent à mieux préparer le réseau à intervenir en cas de sinistre majeur.

LES COMMUNICATIONS

L'Agence s'assure, sur une base régulière, de transmettre de l'information à la population, au réseau régional de la santé et des services sociaux ainsi qu'à ses différents partenaires. Le Service des communications répond aux demandes des médias et facilite l'accès à l'information avec un souci constant de transparence. En 2013-2014, 80 entrevues ont été accordées aux journalistes sur divers sujets d'actualité. Des conférences de presse et des communiqués ont également permis d'informer le public.

Parmi les activités qui ont mobilisé le Service des communications, voici les principales réalisations :

- ✦ Collaboration à la présentation d'un mémoire de la Direction de santé publique lors des audiences du Bureau d'audiences publiques sur l'environnement (BAPE) au sujet du projet Mine Arnaud à Sept-Îles.
- ✦ Organisation de visites ministérielles dans la région en août et en décembre 2013.
- ✦ Organisation de conférences de presse et réalisation d'actions de communication en lien avec l'éclosion de conjonctivite survenue à Baie-Comeau au début de l'année 2014.
- ✦ Présentation d'une étude nord-côtière sur le cancer lors d'une conférence de presse tenue en mars 2014.
- ✦ Analyse de la couverture de presse de l'Agence et des établissements, afin de mesurer la présence dans les médias du réseau régional et la représentativité des porte-paroles, d'identifier les principaux thèmes abordés et d'évaluer le traitement accordé par les différents médias présents dans la région.
- ✦ Production et diffusion de six numéros des *Échos du conseil* aux partenaires de l'Agence, de même qu'aux médias pour informer la population des décisions prises par le conseil d'administration.
- ✦ Diffusion de dizaines d'outils promotionnels, en provenance du MSSS ou produits par l'Agence, dans le réseau et parmi la population, sur divers sujets, tels que le cancer, les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), la périnatalité et la maltraitance envers les aînés.



LES SERVICES À LA POPULATION

CHAPITRE II



L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

La LSSSS prévoit la signature d'ententes de gestion et d'imputabilité entre le MSSS et les agences de santé et des services sociaux afin de répondre aux objectifs de gestion par résultats et de reddition de comptes prescrits par la Loi sur l'administration publique.

L'entente de gestion et d'imputabilité entre le MSSS et l'Agence vient soutenir cette dernière dans l'exercice de son rôle principal qui consiste à assurer l'accès et la qualité des services de santé et des services sociaux à toute la population nord-côtière. L'entente permet également d'améliorer l'offre de service à la population par une utilisation optimale des ressources mises à la disposition de la région de la Côte-Nord.

Les cibles de l'entente de gestion et d'imputabilité ont été définies en tenant compte des objectifs ministériels et de leur traduction aux plans régional et local, des budgets régionaux, des projets d'optimisation ainsi que des réalités nord-côtières dans l'organisation des services.

SUIVI DE GESTION ET REDDITION DE COMPTES

La reddition de comptes exigée en lien avec les ententes de gestion et d'imputabilité implique un suivi d'indicateurs qui témoignent, à terme, de l'atteinte ou non des objectifs. Les résultats obtenus pour chacun des objectifs de l'entente de gestion régionale se retrouvent aux pages suivantes pour chacun des programmes. Pour l'année 2013-2014, voici les grands constats régionaux :

- ✱ Au chapitre de la prévention dans le continuum de services, malgré le fait que la région affiche un retard quant au pourcentage des pratiques cliniques préventives (PCP), l'objectif est atteint. Cependant, les cibles en lien avec le nombre de visites à domicile auprès des femmes suivies dans le cadre des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) n'ont pas été atteintes. Il est reconnu qu'un nombre de visites doit être atteint pour que les futurs parents et les familles de jeunes enfants bénéficient des retombées positives du programme.
- ✱ En ce qui a trait à la vaccination des jeunes enfants, les objectifs concernant le vaccin contre DCaT-Polio-Hib et contre le méningocoque n'ont pas été atteints. La décision de certains parents de différer l'administration de plus d'un vaccin ou le rendez-vous, dans les délais prescrits, comptent parmi les explications données par les établissements. En contrepartie, la couverture vaccinale dans la région, si on exclut les délais prescrits, est supérieure à 95 %. Le respect des délais demeure toutefois primordial afin d'assurer une protection adéquate de cette population vulnérable.
- ✱ En ce qui concerne les écoles qui implantent l'Approche École en santé (AÉS), l'objectif est atteint et dépasse de beaucoup le résultat pour l'ensemble du Québec. De façon plus générale, un état de situation des activités de santé publique est en cours d'élaboration. Les informations qui en découleront permettront d'identifier des mesures pour assurer la consolidation ou soutenir l'implantation des activités de santé publique.
- ✱ Concernant les infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale, les taux témoignent de l'absence de situation problématique dans les deux CSSS concernés par ce suivi.
- ✱ En ce qui a trait aux mesures d'accessibilité aux services, on note que la population inscrite auprès d'un médecin de famille dépasse l'objectif visé en 2013-2014. Les travaux se poursuivent quant à l'implantation d'un GMF sur plusieurs sites au CSSS de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan et on compte maintenant deux infirmières praticiennes spécialisées (IPS) sur un objectif de trois. Le bilan en matière d'accès aux chirurgies s'avère, somme toute, positif bien que certains objectifs (les arthroplasties de la hanche et du genou) n'aient pas été atteints. Bien qu'on note une

amélioration par rapport à l'année précédente, l'objectif, qui consiste à n'avoir aucune demande en attente depuis plus d'un an, n'a pas été atteint. L'atteinte des cibles quant à la durée de séjour à l'urgence demeure difficile. Un suivi quotidien est réalisé auprès des CSSS de la région et les cas de plus de 48 heures sont documentés. Le CSSS de Sept-Îles a bénéficié de la visite du Comité ministériel de coordination du désencombrement des urgences (CMCDU) afin d'identifier des pistes de solutions en vue d'améliorer la situation quotidienne à l'urgence.

- ✱ L'optimisation des services de soutien à domicile de longue durée progresse également et la cible fixée pour l'année 2013-2014 est atteinte (+ 13,7 % par rapport à 2012-2013). L'ensemble des établissements a progressé significativement pour les heures de services professionnels et d'auxiliaires familiales. La décision de bonifier le tarif horaire du chèque emploi-service en octobre 2012 semble aussi porter fruit. Également, la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) progresse bien dans l'ensemble des établissements, même si l'objectif régional n'a pas été atteint.
- ✱ La région affiche de bons résultats au regard des demandes traitées selon les délais définis comme standards dans le Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique (DP), déficience intellectuelle (DI) ainsi qu'un trouble envahissant du développement (TED). La proportion des nouvelles demandes avec un niveau de priorité urgent, élevé et modéré pour un premier service oscille d'ailleurs autour de l'objectif de 90 %. Des efforts importants ont par ailleurs été consentis pour s'assurer de la validité des données et de la compréhension du processus d'accueil, évaluation, orientation (AEO).
- ✱ En ce qui a trait aux mesures ciblant la main-d'œuvre, les établissements de la région bénéficient toujours du soutien et de l'expertise de l'équipe des ressources humaines de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean afin de parfaire l'état des lieux et d'identifier la stratégie ainsi que les modalités et priorités des actions à tenir dans une démarche régionale de santé et de sécurité au travail et pour la gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre. Ce soutien inclut aussi la coordination des projets d'optimisation, volet ressources humaines.
- ✱ Enfin, plusieurs travaux d'optimisation ont été réalisés ou sont en cours de réalisation dont la coordination, le financement, les immobilisations et le budget (ex. : approvisionnement en commun, stratégie d'économie d'eau potable) et les services sociaux (ex. : RSIPA, approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier, stratégie d'action jeunesse 2009-2014).

L'OPTIMISATION

COORDINATION, FINANCEMENT, IMMOBILISATIONS ET BUDGET

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Priorité	Résultat 2013-2014	État d'avancement des travaux
Plan québécois des infrastructures 2013-2018	N/A	N/A
Approvisionnement en commun	Entente de gestion et d'imputabilité signée.	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation
Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	Mise en œuvre des phases 1 et 2.	<input type="checkbox"/> Réalisé <input checked="" type="checkbox"/> En cours de réalisation
Plan Nord	Mise en œuvre du plan ministériel.	<input type="checkbox"/> Réalisé <input checked="" type="checkbox"/> En cours de réalisation

Commentaires

Plan Nord :

- À la suite d'une demande ministérielle, l'Agence a produit un plan régional issu des travaux entamés avec les CSSS du territoire.
- Financement de l'étude concernant l'analyse sommaire des impacts du projet hydroélectrique La Romaine sur la santé de la population de Havre-Saint-Pierre.
- Participation au comité national pour le volet santé.
- Participation au bureau régional de coordination des services réunissant différents ministères.

SERVICES SOCIAUX

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Priorité	Résultat 2013-2014	État d'avancement des travaux
Optimisation en soutien à domicile	N/A	N/A
Augmentation des services communautaires et bénévoles auprès des personnes âgées en perte d'autonomie	Rapport contenant les éléments demandés (utilisation des sommes, liste d'organismes ayant bénéficié d'un montant, nombre de personnes ayant bénéficié de services).	<input type="checkbox"/> Réalisé <input checked="" type="checkbox"/> En cours de réalisation
Augmentation du nombre de personnes évaluées ou réévaluées	État de situation des usagers évalués ou réévalués.	<input type="checkbox"/> Réalisé <input checked="" type="checkbox"/> En cours de réalisation
La gestion de cas pour les personnes âgées en soutien à domicile	État de situation sur le nombre de gestionnaires de cas.	<input type="checkbox"/> Réalisé <input checked="" type="checkbox"/> En cours de réalisation
Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA)	Rapport sur la mise en place des réseaux de services intégrés.	<input type="checkbox"/> Réalisé <input checked="" type="checkbox"/> En cours de réalisation
Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier	État de situation de la planification des composantes.	<input type="checkbox"/> Réalisé <input checked="" type="checkbox"/> En cours de réalisation
Stratégie d'action jeunesse 2009-2014	État de situation de la mise en œuvre.	<input type="checkbox"/> Réalisé <input checked="" type="checkbox"/> En cours de réalisation

Commentaires

Pour la priorité *Optimisation en soutien à domicile*, rien ne sera transmis considérant la date qui est le 30 septembre 2014.

SERVICES DE SANTÉ ET MÉDECINE UNIVERSITAIRE

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Priorité	Résultat 2013-2014	État d'avancement des travaux
L'accès aux services spécialisés	Déposer un plan de travail. Le faire approuver par le SMA de la DGSSMU. Mise à jour du plan de travail.	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation
Imagerie médicale	N/A	N/A
L'accès aux services de santé mentale Les services aux jeunes	N/A	N/A
L'accès aux services de santé mentale Les services aux adultes	N/A	N/A
L'accès aux services de santé mentale Les services tertiaires	N/A	N/A
Accès aux services de première ligne	N/A	N/A

Commentaires

Plan de travail régional pour l'amélioration de l'accès aux services médicaux spécialisés déposé au MSSS le 15 avril 2013.

Considérant que la priorité *Imagerie médicale* fait référence à un indicateur du chapitre IV, aucune reddition de comptes n'est à faire.

Pour les priorités où il est inscrit « N/A », aucune reddition de comptes n'est attendue.

LES SERVICES GÉNÉRAUX

Ligne Info-Santé/Info-Social

INFO-SANTÉ

Le service Info-Santé permet à la population de joindre un professionnel de la santé en cas de problème de santé non urgent en composant le 811. Ce service téléphonique de consultation professionnelle, accessible 24 heures par jour, 7 jours par semaine, constitue une composante majeure de l'organisation des services de première ligne. Il permet de répondre à certaines questions courantes de santé ou de diriger la personne vers la bonne ressource du réseau. Il s'inscrit en complémentarité aux services des CSSS et des GMF qui assurent, pour leur part, la prise en charge des usagers au-delà d'un problème ponctuel.

Le nombre d'appels à Info-Santé est passé de 53 108 en 2012-2013 à 52 890 en 2013-2014. Par ailleurs, le niveau de performance du délai de réponse a atteint 85,22 % (objectif : répondre à 90 % des appels en moins de 4 minutes) en 2013-2014 comparativement à 82,8 % pour l'année 2012-2013.

INFO-SOCIAL

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Objectifs de résultats	2.1.4 Offrir un accès téléphonique rapide à une consultation en matière de services psychosociaux (information, intervention, référence-orientation, avis professionnels et conseils) par des professionnels en intervention psychosociale des CSSS, 24 heures par jour, 7 jours par semaine
-------------------------------	--

Indicateur	Résultat 2012-2013	Engagement 2013-2014	Résultat 2013-2014
1.02.05 Pourcentage des régions sociosanitaires ayant mis en place un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux	Service disponible	Service disponible	Service disponible
1.02.04 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre minutes ou moins	90,4 %	90 %	87,3 %

Commentaires

Ce service, en plus de répondre à la population selon les standards d'accès établis par le MSSS, permet de soutenir l'intervention de plusieurs partenaires : CSSS, Sûreté du Québec, organismes communautaires et centres de santé autochtones. À noter que le résultat pour l'année 2013-2014 correspond aux données cumulatives des périodes 1 à 12.

Au cours de l'année 2013-2014, le service Info-Social a reçu 3 427 appels. De ce nombre, 1 048 appels ont été logés en contexte d'urgence sociale pour la Direction de la protection de la jeunesse, puisque le service est offert par Info-Social depuis novembre 2012.

Les raisons d'utiliser Info-Social sont diverses : demandes d'information sur les ressources et les services disponibles, difficultés d'adaptation sociale, problèmes liés à la vie de couple ou de famille, santé mentale, idées suicidaires ou homicidaires, violence, agression sexuelle, dépendances, problèmes liés au travail et problèmes socio-économiques.

Effectifs médicaux

MÉDECINE DE FAMILLE

Au 31 mars 2014, on recensait, dans la région de la Côte-Nord, 138 médecins de famille dont 115 ayant une pratique en établissement de santé et 23 médecins ayant une pratique exclusive en clinique privée. En considérant l'attrition, il s'agit d'un ajout net de quatre médecins de famille (trois en établissement et un en clinique privée) par rapport à l'année 2012.

Pour l'année 2013, le PREM en médecine de famille autorisait la région à recruter quinze nouveaux médecins. Au cours de la période d'application du PREM 2013, onze médecins de famille ont obtenu un avis de conformité. De ce nombre, huit sont des boursiers en région qui ont été désignés par le ministre pour œuvrer dans l'un des établissements. À la fin 2013, la région a atteint 73 % de son objectif de croissance.

Bien que le nombre de médecins de famille augmente annuellement depuis 2010, la situation au regard des effectifs médicaux demeure fragile. Au cours de l'année 2013-2014, plusieurs établissements de la région ont eu recours, sur une base régulière, au mécanisme de dépannage afin d'éviter les ruptures de service notamment aux services d'urgence, d'hospitalisation et d'obstétrique.

Tableau 9 : Évolution des effectifs médicaux - Médecine de famille

Établissement	PEM autorisé 2014	Médecin en poste au 31 mars					% atteinte au PEM	Ajout net	État situation
		2010	2011	2012	2013	2014			
CSSS de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan (Les Escoumins)	11	8	8	9	9	12	109 %	3	A
CSSS de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan (Forestville)	9	4	5	5	6	7	78 %	1	A
CSSS de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan (Baie-Comeau)									
▪ Volet hospitalier	35	25	26	29	33	33	94 %	0	M
▪ Volet CLSC	3	1	2	2	2	2	67 %	0	M
CSSS de Port-Cartier	11	5	6	7	7	7	64 %	0	M
CSSS de Sept-Îles									
▪ Volet hospitalier	32	23	22	22	23	21	66 %	- 2	D
▪ Volet CLSC	2	1	1	1	1	1	50 %	0	M
CSSS de la Minganie	12	9	12	12	10	10	83 %	0	M
CSSS de la Basse-Côte-Nord	10	12	10	12	9	10	100 %	1	M
CSSS de l'Hémathite	7	8	8	6	8	8	114 %	0	M
CLSC Naskapi	3	4	4	4	4	4	133 %	0	M
TOTAL	135	100*	104*	109*	112*	115*	85 %	3	A

* Ce nombre inclut des médecins qui pratiquent à demi-temps, mais qui sont comptabilisés comme un effectif.

A : amélioration M : maintien D : détérioration

MÉDECINE SPÉCIALISÉE

Le PREM 2014 de la Côte-Nord, en médecine spécialisée, compte 99 postes. De ce nombre, cinq postes font partie de « l'enveloppe régionale » et visent à desservir la population de l'ensemble du territoire. Au 31 mars 2014, on recensait 66 médecins spécialistes qui pratiquaient dans l'un des établissements à vocation sous-régionale de la région. En considérant l'attrition, il s'agit d'un ajout net de six médecins spécialistes par rapport à l'année 2012.

À l'instar de la médecine de famille, le nombre de médecins spécialistes augmente annuellement depuis 2010, mais certaines spécialités demeurent touchées par la pénurie d'effectifs médicaux notamment en anatomopathologie, en dermatologie, en neurologie, en ophtalmologie, en psychiatrie, en radiologie diagnostique et en urologie.

Pour offrir à la population le plus de services spécialisés possible, les établissements ont eu recours à la télésanté ainsi qu'au mécanisme de soutien ou remplacement en médecine spécialisée. Lorsqu'un service n'est pas offert dans la région ou en l'absence de médecins spécialistes, les établissements doivent référer la clientèle à l'extérieur de la région.

Tableau 10 : Évolution des effectifs médicaux - Médecine spécialisée

Établissement	PEM autorisé 2014	Médecin en poste au 31 mars					% atteinte au PEM	Ajout net	État situation
		2010	2011	2012	2013	2014			
CSSS de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan (Baie-Comeau)	45	17	19	22	23	27	60 %	4	A (↑11 %)
CSSS de Sept-Îles	49	34	34	38	37	39	80 %	2	A (↑14 %)
Postes régionaux	5	0	0	0	0	0	0 %	0	M
TOTAL	99*	51	53	60	60	66	67 %	6	A (↑6 %)

* Ce chiffre inclut les postes dont les spécialités sont contenues dans l'enveloppe régionale, soit la gastro-entérologie (un poste), la néphrologie (deux postes), la rhumatologie (un poste) et la chirurgie plastique (un poste).

A : amélioration M : maintien D : détérioration ↑ : augmentation ↓ : diminution

Services offerts en matière de violence conjugale et d'agression sexuelle

VIOLENCE CONJUGALE

L'Agence, de concert avec le comité régional intersectoriel en matière de violence conjugale et d'agression sexuelle de la Côte-Nord, a poursuivi ses démarches avec les partenaires de la région en vue d'établir les orientations et la nature des actions et des projets à soutenir. À cet égard, le comité a adopté une procédure pour présenter et analyser les projets soumis à l'Agence et au comité régional intersectoriel en matière de violence conjugale et d'agression sexuelle de la Côte-Nord.

De plus, un projet de sensibilisation pour un montant de 6 075 \$ a été réalisé. Au total, quatorze chroniques « Lettres et réponses à mon amie » ont été diffusées dans les journaux régionaux afin de sensibiliser la population à la violence conjugale et aux agressions sexuelles. Le projet est issu d'un partenariat entre le Regroupement des femmes de la Côte-Nord et les maisons d'hébergements pour femmes victimes de violence conjugale.

AGRESSION SEXUELLE

L'Agence a collaboré à l'organisation d'un séminaire régional en matière d'agression à caractère sexuel auquel elle a accordé une somme de 15 000 \$. Cet événement était destiné aux intervenants qui œuvrent auprès de cette clientèle et aux membres du personnel d'organismes concernés par cette problématique. Cette activité visait, principalement, l'acquisition de nouvelles connaissances et de compétences, et a regroupé plus de 80 participants.

Dans une perspective de continuité et d'amélioration pour l'installation des services de centres désignés destinés aux victimes d'agression sexuelle, diverses actions et activités ont été réalisées auprès des équipes multidisciplinaires pour chaque territoire de CSSS. Les objectifs visés étaient de parfaire l'offre de service et de permettre une meilleure intégration des aspects médicaux, sociaux et légaux, ainsi qu'une plus grande appropriation des nouvelles procédures. De plus, l'Agence a pris entente avec une spécialiste en la matière pour offrir, selon les besoins des CSSS et de leurs partenaires, un accompagnement personnalisé et une formation complémentaire permettant de faciliter et d'assurer l'actualisation des services. Actuellement, cinq CSSS ont adopté leur protocole d'intervention destiné aux victimes, en vue d'ajuster et de rendre formelle l'offre de service de centre désigné pour chaque territoire de CSSS.

LA SANTÉ PHYSIQUE

Services d'urgence

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Objectifs de résultats

3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence pour les personnes sur civière (plusieurs mesures du plan stratégique contribuent à l'atteinte de cet objectif)

Indicateur	Résultat 2012-2013	Engagement 2013-2014	Résultat 2013-2014
1.09.31 Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	21,6 %	< 10 %	21,6 %
1.09.03 Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière	7,1 %	< 1 %	8,6 %
1.09.01 Séjour moyen sur civière (durée)	16,4 heures	< 12 heures	17,1 heures

Commentaires

Les cibles ne sont pas atteintes et la situation demeure difficile dans les CSSS de la région, plus spécifiquement pour le CSSS de Sept-Îles.

Il y a eu actualisation du plan de désengorgement du CSSS de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan (Hôpital Le Royer) et du CSSS de Sept-Îles.

Un suivi quotidien est réalisé auprès des CSSS de la région nord-côtière et les cas de plus de 48 heures sont documentés.

En mai 2013, les membres du Comité ministériel de coordination du désencombrement des urgences (CMCDU) ont effectué une visite de l'urgence au CSSS de Sept-Îles. L'objectif de cette visite était, entre autres, d'identifier des pistes de solutions afin d'améliorer la situation quotidienne à l'urgence et d'atteindre les cibles attendues. Un plan d'amélioration a été élaboré selon les recommandations émises par le CMCDU. Des rencontres de suivi sont planifiées régulièrement avec l'équipe de l'établissement. L'équipe du CMCDU participe aussi à ces rencontres, cela nous permet de constater l'évolution des travaux et la volonté de l'établissement d'améliorer la situation.

Comité régional de traumatologie

Le comité régional de traumatologie est un comité qui relève de l'Agence et qui s'adresse aux intervenants régionaux concernés par la traumatologie.

La composition du comité est la suivante :

- ✖ Un médecin-conseil expert en traumatologie (président);
- ✖ Un représentant de chacun des centres désignés par le réseau québécois de traumatologie sur la Côte-Nord : CSSS de Sept-Îles (centre secondaire), CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan (centre primaire), CSSS de la Minganie, de la Basse-Côte-Nord et de l'Hématite (services de stabilisation médicale);
- ✖ Un représentant des services de réadaptation du CPRCN;
- ✖ Le directeur régional des affaires médicales, universitaires et de la santé physique;
- ✖ La directrice médicale régionale des services préhospitaliers d'urgence de l'Agence;
- ✖ Les professionnels responsables des dossiers traumatologie, services de réadaptation et prévention-promotion de l'Agence.

Les mandats du comité régional de traumatologie sont :

- ✖ Évaluer les besoins et les ressources régionales en traumatologie et élaborer un programme régional de traumatologie pour les personnes ayant subi un traumatisme;
- ✖ Superviser l'implantation et assurer le suivi du Programme régional de traumatologie (préhospitalier, hospitalier, réadaptation et soutien à l'intégration);
- ✖ Voir à l'implantation et au bon fonctionnement des corridors de services régionaux et interrégionaux;
- ✖ S'assurer de l'existence de protocoles de transfert requis;
- ✖ S'assurer de la mise en place de processus d'assurance de la qualité des soins et de l'accessibilité à toute la population de la région;
- ✖ Veiller à ce que les établissements désignés dispensent des soins de qualité à la population de leur territoire, selon les exigences formulées par le groupe d'experts pour la désignation du niveau de soins;
- ✖ Recevoir et assurer le suivi des recommandations des équipes du groupe-conseil de traumatologie, en vue de la désignation des établissements par le MSSS;
- ✖ Contribuer à la planification de certains éléments du continuum, à l'élaboration de programmes spécifiques, par exemple le suivi de la mise en place d'un registre des traumatismes dans les établissements désignés, et à leur application;
- ✖ Assurer la promotion du développement du Programme régional de traumatologie;
- ✖ Assurer un rôle-conseil auprès de l'Agence.

En 2013-2014, le comité a tenu trois rencontres.

Infirmières praticiennes spécialisées

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Objectifs de résultats	2.1.3 Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne
-------------------------------	---

Indicateur	Résultat 2012-2013	Engagement 2013-2014	Résultat 2013-2014
3.07 Nombre d'IPS en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	0	3	2

Commentaires

Les services d'IPS en soins de première ligne ont été implantés sur la Côte-Nord. À la fin-mars, la région comptait deux IPS titularisées qui offrent des services de première ligne au GMF Vents et marées de Sept-Îles et à l'Unité de médecine familiale (UMF) du CSSS de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan à Baie-Comeau.

Lutte au cancer

Le comité régional de la lutte contre le cancer regroupe des représentants de chacun des RLS du territoire nord-côtier. À la lumière des recommandations contenues dans le Plan d'action en cancérologie 2013-2015 de la Direction québécoise de cancérologie, la gouverne régionale ainsi que le programme sont actuellement en révision.

En 2013-2014, le comité régional a tenu une rencontre.

PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) est un programme de prévention qui s'adresse aux Québécoises âgées de 50 à 69 ans. La coordination administrative du PQDCS est assurée par l'Agence.

Sur la Côte-Nord, il y a trois établissements désignés comme centre de dépistage, soit les CSSS de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan, de Sept-Îles et de la Minganie. Les CSSS de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan et de Sept-Îles sont également des centres de référence pour investigation désignés.

Un service d'unité portative SOPHIE, opéré par l'INSPQ, dessert la clientèle de la Basse-Côte-Nord et de Schefferville. La région de Fermont est desservie par l'unité mobile CLARA.

En 2013-2014, 10 185 Nord-Côtières ont reçu une invitation et 4 311 femmes ont passé une mammographie de dépistage.

SOINS PALLIATIFS

Au cours de l'année 2013-2014, les CSSS de la Basse-Côte-Nord et de la Minganie ont transformé un lit d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) en un lit réservé aux soins palliatifs. Ainsi, toute la population nord-côtière a accès à un lit en soins palliatifs, quel que soit son lieu de résidence.

Des projets permettant de bonifier l'offre de service en soins palliatifs à domicile ont été déposés par quatre CSSS, dont trois ont reçu un financement pour leur actualisation.

Le déménagement de la maison de soins palliatifs La Vallée des Roseaux dans un nouvel édifice et la disponibilité d'un service d'hôtellerie amélioreront la qualité de vie des malades et de leurs proches. De plus, la création d'un centre de jour permettra aux patients en phase préterminale et terminale de briser l'isolement, de bénéficier du soutien des intervenants qualifiés, de diminuer l'utilisation des services hospitaliers et, ultimement, de demeurer plus longtemps à domicile.

Chirurgie

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Objectifs de résultats	3.1.3 Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de six mois
	3.1.5 Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours

Indicateur	Résultat 2012-2013	Engagement 2013-2014	Résultat 2013-2014
1.09.20.01 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	92,3 %	90 %	88,1 %
1.09.20.02 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	82,9 %	90 %	86,1 %
1.09.20.03 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	95,3 %	90 %	95,3 %
1.09.20.04 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	89,7 %	90 %	94,8 %
1.09.20.05 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	95,4 %	90 %	93,2 %
1.09.32.01 Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus d'un an pour une arthroplastie de la hanche	0	0 demande	0
1.09.32.02 Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus d'un an pour une arthroplastie du genou	4	0 demande	2
1.09.32.03 Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus d'un an pour une chirurgie de la cataracte	3	0 demande	0
1.09.32.04 Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus d'un an pour une chirurgie d'un jour	45	0 demande	34
1.09.32.05 Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus d'un an pour une chirurgie avec hospitalisation	11	0 demande	8
1.09.33.01 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	79,1 %	80 %	79,4 %
1.09.33.02 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	94,2 %	100 %	95,4 %

Commentaires

L'accès aux services médicaux spécialisés est en partie tributaire de la présence de médecins spécialistes au sein des établissements de la région. Au cours de l'année 2013-2014, des médecins spécialistes, notamment en chirurgie générale et en chirurgie orthopédique, se sont installés. Ces arrivées ont eu des impacts positifs sur les délais d'accès à la chirurgie en permettant d'augmenter l'offre de service.

Les cibles concernant le pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur des délais pour les arthroplasties de la hanche et du genou n'ont pas été atteintes. Toutefois, les résultats obtenus par la région se rapprochent des cibles ministérielles et le résultat obtenu pour les arthroplasties du genou s'est amélioré.

Les cibles concernant le pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur des délais pour les chirurgies de la cataracte, les chirurgies d'un jour et les chirurgies avec hospitalisation ont été atteintes.

L'objectif de n'avoir aucune demande en attente depuis plus d'un an n'a pas été atteint. On constate cependant une amélioration par rapport à l'année 2012-2013 où 63 usagers étaient en attente depuis plus d'un an comparativement à 44 usagers en attente depuis plus d'un an, au terme de l'année 2013-2014.

Afin de respecter les délais prescrits par le MSSS, il est attendu que les établissements poursuivent l'épuration des listes d'attente, que les usagers en attente depuis plus d'un an soient traités en priorité (selon leurs disponibilités et les disponibilités opératoires) et que la gestion de la non-disponibilité des usagers soit faite de façon rigoureuse.

Chirurgie oncologique :

Au cours de l'année 2013-2014, les travaux d'épuration des listes d'attente, de déclaration et de codification des interventions à prédominance oncologique se sont poursuivis au sein des établissements de la région afin d'avoir un portrait juste et réel de l'attente.

Au terme de l'année financière, les résultats obtenus par la région se rapprochent des cibles ministérielles en ce qui concerne le pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours et à 56 jours de calendrier.

Note :

Au terme de l'année financière, un des établissements de la région a rencontré des problèmes avec le système informatique utilisé pour faire la gestion des listes d'attente en chirurgie (arrêt du serveur qui exécute des tâches sur le système de gestion du bloc opératoire). À la suite de ce bûs informatique, plusieurs cas de chirurgies qui ont été réalisés sont demeurés inscrits en attente dans SIMASS et des interventions dites ambulatoires sont apparues comme étant hors-délai.

Bien que cette problématique ait touché tous les types de chirurgies, elle a particulièrement affecté les résultats obtenus pour l'accès à la chirurgie oncologique, et ce, compte tenu que les petits volumes ont un impact sur le pourcentage d'interventions réalisées à l'intérieur des délais (si après avoir été opéré, un usager sur quatre demeure inscrit en attente dans SIMASS, la région n'atteint pas la cible ministérielle fixée à 80 %).

En faisant abstraction de cette problématique, les résultats obtenus dans la région auront permis d'atteindre les cibles ministérielles.

Imagerie médicale

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Objectifs de résultats	6.6.1 Assurer aux personnes inscrites un accès aux services dans un délai de 90 jours ou moins
-------------------------------	--

Indicateur	Résultat 2012-2013	Engagement 2013-2014	Résultat 2013-2014
Demandes de services en attente			
1.09.34.01 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies	36,4 %	90 %	42,2 %
1.09.34.02 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	33,6 %	90 %	39,8 %
1.09.34.03 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	64,9 %	90 %	86 %
1.09.34.04 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	88,9 %	90 %	95,8 %
1.09.34.05 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	28,6 %	90 %	36,5 %
1.09.34.06 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	75,9 %	90 %	81 %
1.09.34.07 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	30,3 %	90 %	22,3 %
1.09.34.08 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	27,7 %	90 %	37,8 %
1.09.34.09 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	26,5 %	90 %	40,3 %
Lecture des examens			
1.09.35.01 Proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	79,9 %	100 %	61,2 %
1.09.35.02 Proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	74,9 %	100 %	87,9 %
1.09.35.03 Proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	25,2 %	100 %	53,8 %
1.09.35.04 Proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	93,2 %	100 %	97,3 %
1.09.35.05 Proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	99,1 %	100 %	99,7 %
1.09.35.06 Proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires	99,5 %	100 %	99,6 %
1.09.35.07 Proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	97,6 %	100 %	99,4 %
1.09.35.08 Proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	99,6 %	100 %	99,2 %
1.09.35.09 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	58,4 %	100 %	79,8 %

Indicateur		Résultat 2012-2013	Engagement 2013-2014	Résultat 2013-2014
Examens réalisés				
1.09.36.01	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies	99,5 %	90 %	87,6 %
1.09.36.02	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	66,3 %	90 %	91,7 %
1.09.36.03	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	73,1 %	90 %	69,8 %
1.09.36.04	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	100 %	90 %	100 %
1.09.36.05	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	72,2 %	90 %	79,1 %
1.09.36.06	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	95,5 %	90 %	91,07 %
1.09.36.07	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	87 %	90 %	93,25 %
1.09.36.08	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	86,5 %	90 %	88,7 %
1.09.36.09	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	77,8 %	90 %	77,3 %
Transcription et transmission des rapports				
1.09.37.01	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	53 %	100 %	44,4 %
1.09.37.02	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	60,8 %	100 %	87,8 %
1.09.37.03	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	90,5 %	100 %	95,5 %
1.09.37.04	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	99,9 %	100 %	99,4 %
1.09.37.05	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	100 %	100 %	100 %
1.09.37.06	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires	88,8 %	100 %	91 %
1.09.37.07	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	82 %	100 %	89,6 %
1.09.37.08	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	88 %	100 %	92,1 %
1.09.37.09	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	74,9 %	100 %	91,2 %

Commentaires

L'offre de service en imagerie médicale est en partie tributaire de la présence de radiologistes. Le manque d'effectifs médicaux en radiologie diagnostique au sein des établissements nord-côtiers influence les résultats obtenus.

Afin d'améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés, les établissements ont poursuivi leurs démarches de recrutement médical, mais ont également entrepris divers travaux dont la réorganisation du travail.

La conclusion d'ententes et de corridors de services (intra et extrarégionales) ainsi que la formation des techniciens en imagerie médicale pour qu'ils soient en mesure de pratiquer de façon autonome sont des pistes de solutions avec lesquelles la région devra aller de l'avant au cours de la prochaine année.

Demandes de services en attente :

Au terme de l'année 2013-2014, la région n'a pas été en mesure d'atteindre la cible fixée à 90 % des demandes de services en attente traitées à l'intérieur d'un délai de trois mois sauf pour les échographies obstétricales. Les résultats obtenus au regard de la proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale sont variables, selon le type d'examen, mais la majorité des résultats obtenus s'éloigne des résultats attendus.

Néanmoins, outre la catégorie « autres types d'échographies », tous les résultats obtenus au terme de l'année se sont légèrement améliorés par rapport à ceux obtenus au cours de l'année 2012-2013. Les résultats obtenus quant aux délais d'accès pour les mammographies diagnostiques et les échographies mammaires se rapprochent de la cible ministérielle.

Lecture des examens :

Les cibles concernant la proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale n'ont pas été atteintes. À l'exception des graphies, mammographies diagnostiques et des résonances magnétiques, les résultats obtenus se rapprochent de la cible ministérielle. Comparativement à l'année 2012-2013, on observe, pour la plupart des types d'examen, une légère amélioration des délais de lecture.

Examens réalisés :

Dans la région, la proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies, les échographies obstétricales, les échographies mammaires et les autres types d'échographies a été traitée à l'intérieur des délais.

Les résultats obtenus pour les graphies, les mammographies diagnostiques, les échographies cardiaques, les tomographies et les résonances magnétiques se rapprochent de la cible ministérielle fixée à 90 % des demandes de services réalisées pour la clientèle élective en imagerie médicale traitée à l'intérieur des délais.

Globalement, les résultats obtenus au terme de l'année 2013-2014 sont comparables à ceux obtenus au cours de l'année 2012-2013.

Transcription et transmission des rapports :

La région a amélioré, au cours de l'année 2013-2014, ses délais de transcription et de transmission des résultats des examens réalisés en imagerie médicale. À l'exception des graphies, tous les résultats obtenus se rapprochent de la cible ministérielle. La cible a été atteinte quant à la proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de sept jours ou moins pour les échographies cardiaques.

Déplacement des usagers

La politique de subvention pour le déplacement des usagers permet aux résidents de la Côte-Nord d'obtenir des soins et des services qui ne sont pas offerts dans un établissement ou dans la région. Une subvention forfaitaire est versée au citoyen pour les coûts de transport et s'ajoute maintenant un montant forfaitaire pour les repas et l'hébergement dans certaines situations. Ces coûts sont remboursés par les établissements de santé de la région.

Le volume et les coûts de déplacement liés à cette politique sont présentés à l'annexe B.

Groupe de médecine de famille

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Objectifs de résultats	2.1.2 Favoriser la pratique de groupe, polyvalente et interdisciplinaire de la médecine de famille par la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF) (ou modèles équivalents)
-------------------------------	--

Indicateur	Résultat 2012-2013	Engagement 2013-2014	Résultat 2013-2014
1.09.25 Nombre total de GMF implantés	4	5	4
1.09.27 Population inscrite auprès d'un médecin de famille <ul style="list-style-type: none"> Inscriptions en GMF (42,67 %) Inscriptions générales (22,09 %) 	56,8 %	62 %	64,8 %

Commentaires

Le processus d'implantation d'un GMF sur plusieurs sites au CSSS de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan est en cours.

Le modèle d'organisation GMF est le mode de pratique prédominant dans plusieurs secteurs de la Côte-Nord. La collaboration infirmière-médecin, présente en GMF, soutient le groupe de médecins dans la prise en charge et le suivi de la clientèle. Un nouveau cadre de référence pour les GMF est attendu à l'automne 2014.

Les objectifs poursuivis par les GMF sont :

- D'assurer une plus grande accessibilité des services, la prise en charge globale et le suivi des patients inscrits auprès d'un médecin membre d'un GMF;
- De permettre, à moyen terme, à plus de gens d'avoir accès à un médecin de famille;
- D'améliorer la prestation et la qualité des soins médicaux de première ligne ainsi que l'organisation des services de première ligne;
- De développer une plus grande complémentarité des services avec le CSSS;
- De reconnaître et valoriser le rôle du médecin de famille.

Parmi la population inscrite, 42 % est considérée comme une clientèle vulnérable (personnes souffrant de maladies chroniques telles que le cancer, le diabète, les maladies respiratoires sévères, l'insuffisance cardiaque). Les services des GMF bénéficient à 38,3 % des Nord-Côtiers.

Tableau 11 : Groupes de médecine de famille sur la Côte-Nord

Ville	Nom	Nombre de médecins partenaires	Nombre d'inscriptions au 1 ^{er} janvier 2014 (ratio de la clientèle vulnérable)
Baie-Comeau	GMF de la Polyclinique Boréale	17	13 083 (46,83 %)
Port-Cartier	GMF Horizon Santé	7	4 998 (42,04 %)
Sept-Îles	GMF Vents et marées	18	15 194 (41,75 %)
Havre-Saint-Pierre	GMF de la Minganie	10	5 028 (30,53 %)
TOTAL			38 303 (42,05 %)

Services préhospitaliers d'urgence

En conformité avec les orientations, les priorités et les objectifs ministériels, et en tenant compte de la situation géographique et de l'étendue de son territoire, de la densité de la population qui y réside de même que de la disponibilité des technologies, l'Agence est responsable de l'organisation des services préhospitaliers d'urgence pour la région Côte-Nord.

Ce mandat implique notamment l'attribution de permis et la signature de contrats de services avec les entreprises ambulancières, la coordination de la formation continue et le maintien des compétences des techniciens ambulanciers et des premiers répondants. L'Agence doit également s'assurer de la qualité des services et maintenir des relations soutenues avec le Centre d'appel d'urgence des régions de l'Est du Québec (CAUREQ).

COMITÉ NATIONAL SUR LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

L'Agence a participé à une vaste consultation instaurée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, en juillet 2013, sur les services préhospitaliers d'urgence. Les conclusions sont attendues au cours de l'année 2014.

PROJET DE MONITEURS DÉFIBRILLATEURS EXTERNES AUTOMATISÉS - SÛRETÉ DU QUÉBEC

En avril 2013, le ministre de la Santé et des Services sociaux et le ministre de la Sécurité publique annonçaient que les véhicules de patrouille de la Sûreté du Québec seraient tous équipés, sur une période de trois ans, de moniteurs défibrillateurs externes automatisés. Les policiers pourront dorénavant porter assistance s'ils sont les premiers à arriver sur les lieux en attendant les ambulanciers. La Côte-Nord a amorcé le projet à l'hiver 2014 en procédant à la formation des policiers des zones identifiées par ce déploiement.

CONSTAT DE DÉCÈS À DISTANCE

Certaines étapes de cette nouvelle procédure ont été franchies au cours de l'année 2013-2014, en vue de son déploiement sur le territoire. Lors de la réalisation de ce projet, les ambulanciers pourront communiquer avec le personnel de l'Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence (UCCSPU) du CSSS Alphonse-Desjardins de Lévis afin de procéder, selon un protocole rigoureux, à certains constats de décès à distance.

FORMATION

Au cours de l'année 2013-2014, plusieurs formations ont été offertes aux techniciens ambulanciers-paramédics (TAP) par les formateurs dûment autorisés par l'Agence. En tout, 54 jours de 8 heures de formation ont été donnés en plus des blocs de 4 heures de mise à niveau.

- ✦ La formation sur l'assistance respiratoire et ventilatoire incluant l'utilisation de l'outil « oxylator » a été donnée à la presque totalité des paramédics de la Côte-Nord, ce qui a permis l'implantation de l'équipement « oxylator » dans la majorité des véhicules ambulanciers du territoire.
- ✦ Environ 75 % des TAP ont suivi une formation mettant l'accent sur les aspects légaux et le professionnalisme.
- ✦ La formation, qui permettra aux TAP d'effectuer le constat de décès à distance, est débutée.

- ✱ Les TAP ont été sensibilisés par l'équipe de la santé au travail aux risques industriels présents lors d'interventions préhospitalières.
- ✱ L'utilisation du moniteur défibrillateur externe automatisé a été expliquée à plus de 150 policiers des MRC de Manicouagan, de Sept-Rivières, de la Minganie et de Caniapiscau par l'équipe de formateurs.
- ✱ Les formations de maintien des compétences ont été effectuées auprès des premiers répondants de la Basse-Côte-Nord et de Tadoussac.

PROGRAMME D'ASSURANCE QUALITÉ

Sur un total de 5 626 transports provenant de la population et excluant les transports interétablissements, 1 000 cas ont été révisés, touchant 18 protocoles d'intervention. Cette révision se fait dans le cadre du Programme d'assurance qualité afin d'assurer à la population du territoire des services de haut standard.

Le programme d'amélioration de la qualité permet aussi de traiter les plaintes transmises, soit par le commissaire régional aux plaintes ou toute autre personne déposant par écrit une demande d'analyse des interventions à l'intention de l'équipe d'amélioration de la qualité. Pour l'année visée, nous avons traité sept plaintes.

Tableau 12 : Nombre de transports ambulanciers sur la Côte-Nord

Compagnie ambulancière	2013-2014	2012-2013
Ambulance Sacré-Cœur inc. (Zone 900 - Sacré-Cœur)	190	208
Ambulances Côte-Nord inc. (Zone 901 - Les Escoumins)	538	488
Ambulances Côte-Nord inc. (Zone 902 - Forestville)	650	702
Ambulances Côte-Nord inc. (Zone 903 - Baie-Comeau)	2 861	2 959
Ambulance Manic inc. (Zone 904 - Manic-5)	22	21
Ambulance Baie-Trinité inc. (Zone 905 - Baie-Trinité)	129	127
Ambulances Portier inc. (Zone 906 - Port-Cartier)	744	696
Ambulances Portier inc. (Zone 907 - Sept-Îles)	2 997	3 269
Ambulances Portier inc. (Zone 909 - Minganie)	664	703
Corporation des services préhospitaliers d'urgence de la BCN (Zone 912 - Blanc-Sablon)	327	245
Ville de Fermont (Zone 914 - Fermont)	227	246
Services ambulanciers Portier ltée (Zone 915 - Schefferville)	139	135
TOTAL	9 488	9 799

Organisation des services de néphrologie et de suppléance rénale en établissement

Au 31 mars 2014, douze personnes reçoivent des services de suppléance rénale par des traitements d'hémodialyse au CSSS de Sept-Îles. Un rehaussement du financement accordé par le MSSS permettra dorénavant d'accueillir jusqu'à seize patients.

Dans le secteur ouest, le projet de développement des services d'hémodialyse au CSSS de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan est à l'étape finale pour approbation.

Douleur chronique

Depuis 2008, un consortium formé du Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL), du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ), de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ) et du regroupement du Centre hospitalier affilié universitaire de l'Hôtel-Dieu de Lévis et de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus est en place afin de développer un centre d'expertise en douleur chronique pour les établissements partenaires du RUIS de l'Université Laval.

Docteure Yveline Romain, du CSSS de Sept-Îles, agit à titre de représentante de la Côte-Nord au sein de la Table interrégionale de ce consortium.

Un comité régional formé de représentants des établissements nord-côtiers permet de collaborer à la mise en place des recommandations du consortium.

À l'automne 2013, à la suite du dépôt de la « *Matrice d'évaluation en vue d'une désignation des centres secondaires régionaux en douleur chronique* » et de la visite d'audit du MSSS, le CSSS de Sept-Îles a été désigné centre régional en gestion de la douleur chronique. Le plan d'action 2014-2017 a été transmis au MSSS en avril 2014.

En 2013-2014, trois rencontres du comité ont eu lieu.

Accès au continuum de services ACV

En 2013-2014, la Côte-Nord a participé aux travaux relatifs au projet de démonstration en téléthrombolyse - Accident cérébral vasculaire (ACV) du RUIS de l'Université Laval.

Deux sites pilotes ont été identifiés, soit les CSSS de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan (Hôpital Le Royer) et de Sept-Îles. Depuis le 20 janvier 2014, le projet de téléthrombolyse - ACV est officiellement démarré au CSSS de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan (Hôpital Le Royer). Pour sa part, le CSSS de Sept-Îles a reçu la visite de prédémarrage et les activités ont débuté en mai.

Les travaux visant le continuum de services sur le territoire nord-côtier pour la prise en charge des phases hyperaiguës et aiguës de l'ACV se poursuivent.

La trajectoire de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un ACV est en élaboration.

Télésanté

Depuis 2011, plusieurs projets de télésanté ont été déployés dans la région et nous notons une bonne participation des omnipraticiens et des médecins spécialistes.

Voici les activités et les projets en télésanté qui sont présentement en cours sur la Côte-Nord :

- ✦ Télèpsychiatrie;
- ✦ Téléoncologie (tumeurs digestives, thoraciques et du sein);
- ✦ Clinique des maladies aortiques;
- ✦ Clinique d'immunologie-allergie;
- ✦ Plaies complexes;
- ✦ Hémodialyse;
- ✦ Diverses activités de formation et enseignement médical;
- ✦ Réadaptation;
- ✦ Téléotorhinolaryngologie (ORL);
- ✦ Téléophtalmologie;
- ✦ Téléthrombolyse pour les cas d'ACV;
- ✦ Télédermatologie;
- ✦ Échocardiographie à distance.

Ces activités et projets permettent d'améliorer l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins pour la population nord-côtière. De plus, cela permet de mieux soutenir les cliniciens et, ainsi, favoriser le recrutement et le maintien de la main-d'œuvre.

LE SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES

Occupation des lits de courte durée par des patients en fin de soins actifs

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Objectifs de résultats	Respecter, par installation, la cible quotidienne de trois personnes et moins considérées en fin de soins actifs et occupant un lit de courte durée en CHSGS
-------------------------------	--

Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014	Résultat 2013-2014
4.01.01 Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers des lits posthospitaliers et occupant des lits de courte durée	1,8	3	2,6
4.01.02 Nombre moyen de patients par CH en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée	0,1	3	0,1
4.01.03 Nombre moyen de patients par CH en attente de convalescence/unités transitoires de récupération fonctionnelle occupant des lits de courte durée	0,4	3	0,6
4.01.04 Nombre moyen de patients par CH en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée	0	3	0
4.01.05 Nombre moyen de patients par CH en attente d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	3,7	3	3,9
4.01.06 Nombre moyen de patients par CH en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	1,5	3	1,5

Commentaires

Nous constatons que les résultats de l'année en cours ont régressé par rapport à l'année dernière. Devant ce constat, des mécanismes de concertation ont été mis en place pour mieux comprendre et documenter les taux élevés d'occupation des lits par des personnes en fin de soins actifs, et ce, dans le but de trouver des solutions pour libérer ces lits. Un suivi hebdomadaire est réalisé et permettra d'agir rapidement sur certains indicateurs.

Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Objectifs de résultats	2.3.1 Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) dans chaque territoire local, en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du MSSS
-------------------------------	---

Indicateur	Résultat 2012-2013	Engagement 2013-2014	Résultat 2013-2014
1.03.06 Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	62 %	65 %	64 %

Commentaires

Organisation	Résultat P-13 2012-2013	Cible 2013-2014	Résultat 2013-2014
CSSS de la Haute-Côte-Nord	62,9 %	65 %	64,9 %
CSSS de Manicouagan	65,7 %	65 %	69 %
CSSS de Port-Cartier	44 %	65 %	32,1 %
CSSS de Sept-Îles	68 %	65 %	71,8 %
CSSS de la Minganie	71,8 %	65 %	73,4 %
CSSS de la Basse-Côte-Nord	59,9%	65 %	63,2 %

Le CSSS de l'Hémathite n'est pas concerné par cette reddition de comptes, considérant le faible taux de personnes âgées sur ce territoire.

À l'exception du CSSS de Port-Cartier, nous constatons une augmentation du taux d'implantation des composantes RSIPA dans l'ensemble des établissements, ce qui nous laisse croire que la cible ministérielle de 70 % sera atteinte en 2015. Le changement, à deux reprises, au cours de l'année dernière du porteur du dossier au CSSS de Port-Cartier explique en grande partie ce résultat. Un plan de travail sera déposé à l'Agence en vue d'atteindre la cible ministérielle en 2014-2015.

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Objectifs de résultats	2.3.2 Favoriser l'adoption en centre hospitalier de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées
-------------------------------	---

Indicateur	Réalisé	Non réalisé
Planification des six composantes de l'approche adaptée pour l'ensemble des unités ciblées des établissements	5 établissements/6	1 établissement/6

Commentaires

Le CSSS de l'Hémathite n'est pas concerné par cette reddition de comptes considérant le faible taux de personnes âgées sur ce territoire.

Le CSSS de la Basse-Côte-Nord n'a pas déposé son plan d'action malgré des mesures d'accompagnement afin de lui permettre de le réaliser et de débiter l'implantation des composantes de l'approche adaptée. Un suivi est réalisé afin que le plan d'action soit déposé en juin 2014.

Au terme de cette démarche, l'ensemble des établissements concernés aura implanté les six composantes pour atteindre la norme ministérielle de 51 %.

Faits saillants

PLAN D'ACTION POUR LES TROUBLES COGNITIFS LIÉS AU VIEILLISSEMENT

Le Québec, dont la population vieillit rapidement, sera touché de façon toute particulière par l'augmentation du nombre de personnes âgées qui seront atteintes de troubles cognitifs liés au vieillissement, dont la maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées. Selon les projections de la population des personnes âgées de plus de 65 ans sur la Côte-Nord, le nombre de personnes atteintes de démence ou de maladies apparentées serait en 2014 de 1 596 personnes, soit un taux de prévalence estimé à 8 %.

Le Conseil du trésor a confirmé un budget afin de permettre la réalisation d'un projet par région dont l'objectif consiste à améliorer l'offre de service destinée aux personnes atteintes de telles maladies et à leurs proches. En 2013, un montant annuel de 250 000 \$, pour une durée de deux ans, a été accordé au GMF de la Polyclinique Boréale à Baie-Comeau. Si les résultats obtenus au cours de ces deux années s'avèrent probants pour l'ensemble des régions, notamment en termes d'amélioration de l'accessibilité, de continuité des services et d'une augmentation significative de la clientèle desservie, l'ensemble des établissements pourrait recevoir un budget récurrent pour la mise en place de services à long terme.

AMÉLIORATION DE L'ALIMENTATION EN CHSLD

En raison de la prévalence de la dénutrition et de la déshydratation chez les personnes âgées, un projet régional a été mis de l'avant dans le cadre du programme « Amélioration de l'alimentation des personnes âgées en CHSLD ». Ce projet a permis aux établissements de mettre en place des procédures afin de prévenir la dénutrition et de favoriser l'hydratation des résidents. Pour appuyer la mise en place de ces actions, une formation, incluant un guide de référence et des outils, a été déployée.

MALTRAITANCE ENVERS LES AÎNÉS

L'Agence a poursuivi l'implantation des mesures prévues dans le plan d'action régional en matière de maltraitance envers les aînés 2012-2015, notamment :

- La formation des intervenants en CSSS et des bénévoles des organismes communautaires œuvrant auprès des aînés pour le repérage et l'intervention en situation de maltraitance;
- La formation auprès d'étudiants de Baie-Comeau et de Sept-Îles sur le repérage et l'intervention en maltraitance;
- La distribution de dépliants de la ligne Aide Abus Aînés, dont le nombre d'appels en provenance de la Côte-Nord a doublé en comparaison avec l'année dernière;
- L'animation et la coordination d'un comité regroupant des partenaires du réseau et de la communauté visant à développer un continuum de services;
- Plusieurs rencontres auprès de différents partenaires et du public en général pour informer sur la problématique de la maltraitance envers les aînés;
- La réalisation d'une deuxième campagne pour souligner la Journée internationale visant à contrer la maltraitance envers les aînés, et ce, en partenariat avec la Table régionale de concertation des aînés ainsi que les tables locales de concertation des aînés, les centres d'action bénévole et les CSSS. Environ 1 500 rubans mauves ont été distribués dans la région de la Côte-Nord.

SYSTÈME RÉGIONAL D'ADMISSION

Les établissements assument la gestion des mécanismes d'accès aux services d'hébergement et l'Agence assure la coordination et les demandes de transferts interrégionaux.

Tableau 13 : Admissions en hébergement de longue durée

2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
151	172	172	133	176

Tableau 14 : Personnes hébergées au 31 mars 2014

Type de ressource	2010	2011	2012	2013	2014
CHSLD	387	392	406	405	413
Ressource non institutionnelle (RI-RTF)	175	188	211	200	198
Formule novatrice d'hébergement	9	4	6	6	6
TOTAL	571	584	623	611	617

Tableau 15 : Personnes en attente d'hébergement au 31 mars 2014

Type de ressource	2010	2011	2012	2013	2014
CHSLD	33	37	44	46	50
Ressource non institutionnelle (RI-RTF)	44	49	45	42	80
TOTAL	77	86	89	88	130

Tableau 16 : Personnes en soins de courte durée en attente d'hébergement de longue durée au 31 mars 2014

2010	2011	2012	2013	2014
36	31	25	23	32

LE SOUTIEN À DOMICILE

Accès aux services

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Objectifs de résultats	2.4.2 Assurer une offre globale de service de soutien à domicile (SAD) de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants
-------------------------------	--

Indicateur	Résultat 2012-2013	Engagement 2013-2014	Résultat 2013-2014
1.03.05.01 Nombre total d'heures de services de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	167 248 heures	188 464 heures	190 181 heures

Commentaires

En 2010-2011, le MSSS a demandé à toutes les régions du Québec d'optimiser de 10 %, d'ici 2015, les heures de services rendus à la clientèle du programme de SAD, et ce, à même les ressources matérielles et humaines actuellement disponibles dans les établissements.

En mars 2014, la cible régionale a été atteinte. En fait, le résultat est de 13,7 % supérieur à celui obtenu l'année précédente.

Nous remarquons que, en 2013-2014, l'ensemble des établissements a progressé de façon très significative pour les heures de services professionnels ainsi que les heures de services d'auxiliaires familiales auprès de la population.

En juillet 2013, de concert avec l'ensemble des établissements nord-côtiers, l'Agence a bonifié le tarif horaire du chèque emploi-service de 13 \$ à 14,17 \$ de l'heure pour faciliter le recrutement des employés de gré à gré sur l'ensemble du territoire. Cette mesure commence à avoir des effets positifs pour l'ensemble des usagers.

La difficulté de recrutement des professionnels sur notre territoire demeure tout de même un enjeu, car plusieurs postes sont toujours vacants. Cette situation pourrait engendrer une liste d'attente et rendre difficile l'atteinte des cibles.

Le maillage avec les entreprises d'économie sociale en aide domestique (EÉSAD) demeure une priorité afin de bonifier les services à domicile.

LA DÉFICIENCE PHYSIQUE, LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET LES TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Objectifs de résultats	3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis : <ul style="list-style-type: none"> • Pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgent : 3 jours • Pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevé : 30 jours en CSSS et 90 jours en centre de réadaptation (CR) • Pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modéré : 1 an
-------------------------------	--

Indicateur	Résultat 2012-2013	Engagement 2013-2014	Résultat 2013-2014
1.45.45.02 Taux des demandes de services traitées en CSSS, centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) et centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTE DÉFICIENCE - TOUT ÂGE - PRIORITÉ URGENTE	97,3 %	90 %	90,2 %
1.45.45.03 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTE DÉFICIENCE - TOUT ÂGE - PRIORITÉ ÉLEVÉE	89,6 %	90 %	87,9 %
1.45.45.04 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTE DÉFICIENCE - TOUT ÂGE - PRIORITÉ MODÉRÉE	92,1 %	90 %	88,7 %

Commentaires

L'Agence constate une certaine stabilité quant au respect des délais pour les clientèles toute déficience - tout âge - toute priorité en CSSS, CRDP et CRDI comparativement à l'an passé. Les résultats quant au respect des délais d'accès sont près de l'atteinte de l'objectif établi à 90 % pour toutes les nouvelles demandes avec un niveau de priorité urgent, élevé et modéré, et ce, pour un premier service.

Un suivi périodique a été fait par l'Agence auprès des établissements pour s'assurer de la validité des données nécessaires au suivi des demandes de services traitées, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. Des ajustements ont été effectués auprès du Ministère dans le cadre du processus de suivi des ententes de gestion apportant un écart favorable quant au respect du délai par les CSSS pour des demandes avec un statut de priorité urgent, élevé et modéré en DP-DI-TED. Malgré que des améliorations aient été faites au processus d'accès dans l'ensemble des CSSS, on constate des erreurs de saisie lors du processus d'AEO dans quelques établissements, ce qui explique les écarts défavorables. Les mesures de contrôle de la conformité des données et de la compréhension du processus d'AEO seront accentuées par ces établissements en 2014-2015.

Par ailleurs, on note qu'en centre de réadaptation, les standards d'accès sont respectés globalement pour l'ensemble des nouvelles demandes, tout âge - toute priorité à 88,1 % en déficience physique et 93,1 % en déficience intellectuelle et TED.

L'Agence a déposé au MSSS le bilan des actions réalisées dans le suivi de l'implantation du Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité (PRAAC) au 31 mars 2014, ainsi que la planification des résultats visés de 2014 à 2015.

L'appréciation globale du bilan 2013-2014 permet de constater une constante progression de l'implantation des normes d'accès et de continuité pour l'ensemble des établissements, notamment les mécanismes d'évaluation et d'amélioration des processus et des modalités d'accès en CSSS.

Les efforts des établissements nord-côtiers se poursuivront afin de traduire, à l'échelle locale, les objectifs du plan d'action régional 2014-2015 du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. Ce dernier prévoit notamment des travaux qui permettront, à terme, la conclusion d'ententes régionales et locales sur les trajectoires de services en déficience physique, en déficience intellectuelle et en TED.

Services spécifiques

En 2013-2014, 852 usagers présentant une déficience physique ont reçu des services de soutien des CSSS de la région totalisant 17 325 interventions, ce qui correspond à 130 % de l'engagement établi avec le MSSS en 2010.

En déficience intellectuelle et en TED, 382 usagers se sont partagés 5 924 interventions, ce qui correspond à 192 % de l'engagement établi avec le MSSS en 2010.

Services spécialisés

En 2013-2014, 409 usagers présentant une déficience intellectuelle ou un TED ont reçu des services d'adaptation et de réadaptation avec une intensité de services de 74,26 heures de prestation de services (HPS) en moyenne par usager. Il est à noter que l'indice d'intensité est significativement plus élevé en TED (98,63 HPS) comparativement à la déficience intellectuelle (62,62 HPS).

En déficience physique, 1 063 usagers ont été desservis et ont reçu en moyenne 35 heures de prestation de services.

Soutien financier

L'Agence a reçu un financement supplémentaire récurrent de 424 814 \$, en deux enveloppes réparties entre les missions respectives des établissements (CSSS et CPRCN) et des organismes communautaires.

L'utilisation de cette enveloppe régionale a permis d'améliorer la réponse aux besoins des personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un TED, qui se traduit en termes de répit, de soutien psychosocial, de places d'hébergement et de services spécialisés, notamment en déficience auditive dans les deux pôles de la Côte-Nord.

Orientations régionales

L'Agence a participé à une vaste démarche de consultation menée par la Direction des personnes handicapées du MSSS. Les consultations régionales en déficience physique, déficience intellectuelle et TED menées auprès des établissements du réseau, des partenaires intersectoriels et de l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) ont permis de tracer les actions régionales structurantes et prioritaires en déficience pour les prochaines années.

LES JEUNES EN DIFFICULTÉ

Plan d'action du chantier Jeunes en difficulté

L'Agence a mis sur pied, en 2012, un vaste chantier pour s'attaquer aux problématiques affectant les jeunes dans la région. Cet exercice, impliquant les établissements nord-côtiers, a permis de réaliser un manuel d'organisation de projet (MOP) qui identifie les priorités d'action. Ainsi, en 2013-2014, plusieurs rencontres se sont tenues afin d'élaborer deux programmes régionaux, soit le Programme d'intervention de crise et le Programme d'intervention en négligence. La rédaction et la validation de ces deux programmes seront terminées au début de 2014-2015, et leur déploiement est prévu pour septembre 2015. La formation pour l'intervention de crise a été offerte aux intervenants de la région. De plus, une programmation d'activités formatives a été élaborée pour la mise en place du Programme d'intervention en négligence, et ce, notamment en lien avec la structure et les activités du programme ainsi que pour les outils cliniques.

Faits saillants

LISTE D'ATTENTE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE ET ENTENTE DE COLLABORATION

Pour l'année 2013-2014, l'Agence a reçu un montant non récurrent de 200 000 \$ afin de réaliser des actions visant à diminuer la liste d'attente à l'étape de l'évaluation-orientation en protection de la jeunesse. Toutefois, des changements de pratique ainsi que l'ajout de deux postes de vérification complémentaire ont permis de résorber cette liste d'attente. En concertation avec les établissements du réseau, ce montant a été utilisé pour l'élaboration, le déploiement et le suivi d'une entente de collaboration entre le CPRCN et les CSSS.

CADRE DE RÉFÉRENCE SUR LE PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ ET INTERSECTORIEL (PSII)

En 2013-2014, l'Agence a travaillé en étroite collaboration avec la direction régionale du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport afin de doter la région d'un cadre de référence sur le PSII. La rédaction de ce cadre est terminée, et une formation d'agents multiplicateurs pour le réseau de la santé et des services sociaux ainsi que celui de l'éducation se tiendra en juin 2014.

LES DÉPENDANCES

Services de première ligne

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Objectifs de résultats	2.2.7 Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique
-------------------------------	---

Indicateur	Résultat 2012-2013	Engagement 2013-2014	Résultat 2013-2014
1.07.05 Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	23	20	44

Commentaires

Pour l'année 2013-2014, nous constatons une augmentation des résultats de l'ordre de 91 %. Il convient de souligner que l'embauche d'un répondant régional pour le programme-services « Dépendances », en octobre 2013, a permis de relancer les travaux pour la mise en œuvre de l'offre de service selon les orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. L'équipe de l'est et l'équipe de l'ouest du territoire ont convenu d'un plan d'action distinct afin de déployer les services en dépendance selon les besoins de leur population respective.

Services spécialisés

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Objectifs de résultats	3.1.2 Assurer aux personnes ayant une dépendance un accès aux services d'évaluation spécialisés dans un délai de quinze jours ouvrables ou moins
-------------------------------	--

Indicateur	Résultat 2012-2013	Engagement 2013-2014	Résultat 2013-2014
1.07.04 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de quinze jours ouvrables ou moins	71,5 %	80 %	64 %

Commentaires

Pour ce qui est des services en dépendance, le MSSS souhaite que, en 2015, 80 % des personnes évaluées le soient dans les délais. Même si l'engagement régional est de 80 %, la cible du MSSS pour 2013-2014 est d'atteindre 60 %.

Le CPRCN a entrepris des travaux pour faire respecter le cadre normatif par ses intervenants et répondre au défi de la conformité des données.

Plusieurs points de service ont été affectés par l'absence de professionnels selon des périodes variant de un à sept mois pour certains secteurs. C'est notamment le cas pour Blanc-Sablon, La Tabatière, Forestville, Sept-Îles et Baie-Comeau.

Faits saillants

Les CSSS et le CPRCN s'impliquent actuellement dans deux plans d'action afin de répondre aux besoins spécifiques des populations de l'est et de l'ouest de la région.

En mars, un projet pilote, en collaboration avec le Centre de réadaptation de Montréal, les agences de la Côte-Nord, du Nord-du-Québec et de l'Abitibi-Témiscamingue, a permis le déploiement par visioconférence de la formation Alcochoix + et du DÉBA (dépistage/évaluation du besoin d'aide) alcool-drogues. Plus de 36 participants, dans 8 territoires de CSSS des régions impliquées, ont été rejoints.

De plus, l'Agence a convenu avec les établissements d'un plan de formation permettant d'outiller les différents professionnels qui agissent auprès des personnes présentant un problème d'abus d'alcool, de drogue ou de jeu.

L'Agence participe également au Collectif sur le jeu et ses impacts. Le Collectif est une communauté de pratique composée de personnes ayant une préoccupation commune pour les jeux de hasard et d'argent dans une perspective de santé publique.

LA SANTÉ MENTALE

Services de première ligne

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Objectifs de résultats	2.2.5 Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire
-------------------------------	---

Indicateur	Résultat 2012-2013	Engagement 2013-2014	Résultat 2013-2014
1.08.09 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de première ligne en CSSS (mission CLSC)	880	1 250	997

Commentaires

La région Côte-Nord conclut l'exercice financier 2013-2014 avec un résultat de 997 usagers ayant reçu des services de santé mentale de première ligne en CSSS. La cible prévue de 1 250 usagers n'est donc pas atteinte. C'est 253 (20 %) usagers supplémentaires que le réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, par le biais de ses établissements, devrait avoir vu pour permettre l'atteinte de la cible. Malgré tout, on peut constater une légère amélioration (13 %) des résultats régionaux obtenus à cet indicateur comparativement à l'an dernier. Une vérification de la codification réalisée par les établissements dans l-CLSC sera revue afin de s'assurer de la prise adéquate des statistiques.

La pénurie actuelle de main-d'œuvre, dans plusieurs champs d'activité professionnelle (soins infirmiers, psychologie, travail social, etc.), fragilise l'offre de service en santé mentale pour l'ensemble du territoire nord-côtier. Des travaux régionaux sont en cours afin de solutionner les problèmes de recrutement et de rétention de la main-d'œuvre.

Services d'intégration dans la communauté

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Objectifs de résultats	2.2.6 Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les adultes ayant des troubles mentaux graves
-------------------------------	--

Indicateur	Résultat 2012-2013	Engagement 2013-2014	Résultat 2013-2014
1.08.05 Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	75	130	76

Commentaires

En ce qui concerne le SIV dans la communauté, la cible n'est pas atteinte pour trois établissements sur les cinq qui dispensent ce type de service. En l'absence de services en suivi intensif dans la région, on constate que les équipes SIV sont aux prises avec de la clientèle beaucoup plus sévère et qui requiert une intensité de services plus importante, ce qui peut avoir un impact sur le nombre de places disponibles ainsi que sur la durée des services rendus. L'Agence aura recours à l'expertise du Centre national d'excellence en santé mentale afin d'offrir du soutien aux établissements dans leur offre de service en SIV, en tenant compte des particularités régionales et des meilleures pratiques cliniques en ce domaine. Précisons également que trois établissements nord-côtiers n'enregistrent aucune donnée en SIV, puisque leur organisation de services ne correspond pas à la définition du MSSS pour ces services.

Faits saillants

Le MSSS a identifié des mesures d'optimisation au programme-services « Santé mentale » en proposant aux agences du Québec de produire un plan d'affaires pour mars 2015 à la suite de la publication du nouveau Plan d'action en santé mentale 2014-2020. L'Agence, en collaboration avec les établissements, a donc entrepris des travaux en lien notamment avec la planification stratégique. Le commissaire à la santé et au bien-être a été invité à présenter aux établissements son dernier rapport portant sur l'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux en matière de santé mentale et les résultats obtenus aux indicateurs liés à la performance régionale en santé mentale.

Par ailleurs, en janvier 2014, l'Agence confirmait au CSSS de Sept-Îles un montant supplémentaire récurrent de 200 000 \$ pour la mise en place d'une ressource d'assistance continue (RAC) en santé mentale. Cette somme s'ajoute au montant récurrent de 310 000 \$, confirmé en juillet 2012, pour la création de cette ressource d'hébergement régionale de neuf places, pour un total de 510 000 \$.

PRÉVENTION DU SUICIDE

Depuis plusieurs années, l'Agence porte une attention particulière à la problématique du suicide qui demeure très présente sur l'ensemble du territoire. Dans la région, l'expertise en prévention du suicide appartient au Centre de prévention du suicide (CPS) Côte-Nord.

Plusieurs actions concrètes sont en cours en prévention du suicide sur le territoire afin d'agir de façon préventive et en concertation avec les partenaires du milieu.

Le CPS Côte-Nord a été mandaté par l'Agence pour implanter et soutenir un réseau de sentinelles en prévention du suicide sur l'ensemble de la Côte-Nord, et ce, dans différents milieux (travail, loisirs, sports, jeunesse, etc.). L'Agence poursuit son soutien régional au programme de sentinelles pour une durée de cinq ans afin d'en assurer le maintien et la pérennité. En 2013-2014, 3 formations de sentinelles ont été organisées, rejoignant un total de 20 personnes. Le CPS Côte-Nord assure le suivi auprès des personnes formées comme sentinelles, grâce à une ligne d'intervention téléphonique disponible 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

De plus, l'implantation du guide des bonnes pratiques en prévention du suicide se poursuit. En 2013-2014, le CPS Côte-Nord a offert la formation accréditée à près de 225 intervenants en provenance du réseau de la santé et des services sociaux, du milieu carcéral et de partenaires locaux.

Enfin, les deux comités locaux en prévention du suicide pour les RLS des CSSS de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan et de Sept-Îles poursuivent leurs activités. Ces comités ont pour but d'améliorer les pratiques en prévention du suicide et de créer des liens étroits de collaboration avec les partenaires de leur RLS.

CLIENTÈLE TDAH

L'Agence reconnaît le besoin de soutien des parents de jeunes atteints du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). C'est pourquoi un soutien financier à l'organisme PANDA Manicouagan a été octroyé pour le maintien d'une mesure de répit. L'objectif principal est d'offrir un moment de répit aux parents ne pouvant compter sur un réseau social soutenant et les aider à trouver des stratégies leur permettant de mieux soutenir leur enfant et mieux gérer la vie familiale au quotidien. Ce projet s'inscrivait dans le plan d'action du comité régional pour cette clientèle.

LA SANTÉ PUBLIQUE

Prévention et promotion de la santé

En 2013-2014, le Service de prévention et promotion de la santé a poursuivi ses travaux, en collaboration avec ses partenaires, afin de consolider et actualiser l'offre de service concertée en matière de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids.

SAINES HABITUDES DE VIE (0-5-30)

Table intersectorielle régionale sur les saines habitudes de vie (TIR-SHV)

En 2013-2014, les travaux de la TIR-SHV, dont la coordination est assurée par la Direction de santé publique, ont mené à la définition d'une nouvelle gouvernance ainsi qu'à l'élaboration d'un plan d'action régional pour la promotion des saines habitudes de vie. Ce plan d'action mise sur cinq orientations principales, soit : favoriser l'engagement des décideurs de la région envers les SHV, favoriser le transport actif et sécuritaire, notamment vers l'école, favoriser l'accès à des infrastructures de loisirs et aux milieux naturels, favoriser l'accès à des aliments sains et locaux et finalement, soutenir les principaux acteurs dans les démarches en SHV.

La mise en œuvre de ce plan d'action débutera dès l'automne 2014 et se poursuivra jusqu'en 2017.

Sessions de sensibilisation sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie

L'offre de sessions de sensibilisation sur les environnements favorables aux SHV s'est poursuivie en 2013-2014. Ce projet se déroule sous la coordination de la TIR-SHV et vise à rejoindre des intervenants et des élus provenant de divers secteurs, dont la santé, la petite enfance, le scolaire, le municipal et le communautaire. Entre le 1^{er} avril 2013 et le 31 mars 2014, 16 sessions ont été offertes sur tout le territoire et 160 personnes ont été rencontrées.

Tabagisme (0)

Prévention

En lien avec les objectifs et les actions définis dans le Plan québécois de prévention du tabagisme chez les jeunes 2010-2015 ainsi que les meilleures pratiques en matière de prévention et de promotion de la santé, la Direction de santé publique a adopté, comme orientation régionale, la démarche d'action sociale proposée par le Conseil québécois sur le tabac et la santé (CQTS) pour les projets de *La gang allumée*. L'action sociale est un projet structuré réalisé par des jeunes engagés à améliorer l'environnement dans lequel ils vivent. À cet effet, deux rencontres pour soutenir les intervenants dans cette démarche ont été offertes. Une quarantaine de personnes y ont participé.

Réalisation de projets de *La gang allumée*

Le financement accordé aux projets *La gang allumée* a permis de réaliser des activités de prévention du tabagisme auprès des jeunes. Deux projets ont fait l'objet d'une subvention pour un montant total de 1 000 \$. Ces projets ont rejoint 1 350 jeunes et 110 adultes.

De plus, deux activités *Clés en main* du CQTS, développées dans le cadre de *La gang allumée*, ont été déployées dans la région : *Enfants à bord, fumée dehors* (cinq milieux : quatre scolaires et une maison de jeunes) et *Le tabac c'est de la drogue : défi des post-it* (huit milieux : deux maisons de jeunes et six scolaires).

Tableau 17 : Projets financés - *La gang allumée*

Territoire de CSSS	Projet	Milieu	Subvention 2013-2014 (\$)
Manicouagan	Le tabac à l'ESSB	École secondaire Serge-Bouchard	500
	Le tabac aux Baies	Polyvalente des Baies	500
TOTAL			1 000

Faits saillants

- ✦ Le défi *J'arrête, j'y gagne!* a permis de rejoindre 297 fumeurs qui ont décidé de relever le défi de ne pas fumer pendant 6 semaines, soit du 1^{er} mars au 11 avril 2014. En 2013, le défi avait rejoint 337 fumeurs.
- ✦ La campagne *Famille sans fumée 2013* a été déployée dans la région. Cette campagne vise à sensibiliser les parents fumeurs sur les effets nocifs de la fumée de tabac dans l'environnement.

Alimentation (5)

Dans le but de sensibiliser la population nord-côtière à l'importance d'adopter une saine alimentation et de créer des environnements alimentaires favorables à la santé, le Service de prévention et promotion de la santé et des services sociaux a travaillé sur différents projets.

Défi Santé 5/30 Équilibre

Cette année, 2 411 Nord-Côtiens, comparativement à 2 146 l'an passé, se sont inscrits à ce défi visant l'adoption de saines habitudes de vie. En 2013, la Côte-Nord a reçu le prix *Amélioration* récompensant la région ayant obtenu la plus grande amélioration de son taux de participation. Une somme de 1 000 \$ a été consentie aux CSSS ayant réalisé des activités pour favoriser la participation de la population. De plus, onze municipalités se sont lancées dans l'aventure en participant au volet *Municipalités et familles* du défi alors qu'elles étaient sept en 2012-2013.

Rallye sur la Côte

En mars 2014, 8 milieux de travail, dont 3 en milieux autochtones, ont participé au *Rallye sur la Côte*, pour un total de 438 personnes. Cette activité vise l'augmentation de la consommation de fruits et légumes et de la pratique d'activités physiques.

Défis *Moi, j'croque* et *Pelure de banane*

Par ces défis, les élèves et membres du personnel des écoles sont invités à consommer un minimum de cinq portions de fruits et légumes chaque jour. Au total, 49 écoles ont participé au défi *Moi, j'croque* (8 de plus que l'an dernier) et 12 au défi *Pelure de banane*. Le déploiement de ces défis est réalisé, en partenariat avec le Réseau du sport étudiant du Québec (RSEQ), région Côte-Nord.

Alimentation des enfants d'âge préscolaire

À la suite de la signature d'une entente de partenariat, la Direction de santé publique a participé au comité de travail coordonné par l'organisme ÉquiLibre, promoteur du projet *Créer un environnement familial favorable au développement de comportements sains à l'égard du poids et de l'alimentation chez les enfants d'âge préscolaire en surpoids ou à risque de surpoids*. Des outils ont été développés par le promoteur et une formation a été offerte en région auprès d'intervenants de l'Agence et du CSSS de Sept-Îles qui s'est engagé pour réaliser un projet pilote.

Politique alimentaire

La mise en application des politiques alimentaires se poursuit dans les établissements du réseau. Deux documents ont été produits dans le cadre de comités de travail régionaux :

- *Listes des produits respectant les critères nutritionnels pour les machines distributrices;*
- *Lignes directrices pour l'adaptation de la politique alimentaire dans les établissements considérés comme milieu de vie « substitut ».*

Sécurité alimentaire

Un appel de projets a été réalisé permettant de soutenir dix initiatives pour un montant total de 98 778 \$ (voir tableau ci-après). La Direction de santé publique a également revu le processus entourant la gestion du Programme de subvention en matière de sécurité alimentaire (PSSA) afin d'améliorer la concertation et la mobilisation des acteurs locaux et régionaux dans le choix des projets. Ce partenariat vise à favoriser la sécurité alimentaire des communautés, tel que le prévoit le Programme de santé publique.

Tableau 18 : Projets financés - Programme de subvention en matière de sécurité alimentaire

Territoire de CSSS	Projet	Promoteur	Subvention 2013-2014 (\$)
Haute-Côte-Nord	Cuisinons pour nos familles	Maison des jeunes de Longue-Rive (Le Phare)	4 200
Manicouagan	Famille mieux nourrie, famille épanouie!	Carrefour familial de Chute-aux-Outardes	13 828
	L'héritage culinaire de génération en génération	Centre communautaire pour les aînés de Ragueneau	1 781
	Jardin communautaire	La Maison des familles de Baie-Comeau	5 000
Port-Cartier	Bouffe action	Maison de la famille de Port-Cartier (projet commun avec Hom'asculin Port-Cartier et la Maison des jeunes de Port-Cartier)	15 267
Minganie	Projet alimentaire : deux volets	La Maison du Tonnerre	10 740
Basse-Côte-Nord	Revitalisation of the Middle Bay Interpretation Centre	Fondation de développement de tourisme en Bonne Espérance	10 715
	Healthy Eating for Vulnerable Populations through Community Kitchens	Coasters Association Inc.	17 251
Total			78 782
Personnes démunies			
Manicouagan	Projet pilote Cuisine collective du comptoir alimentaire	Comptoir alimentaire L'Escale de Baie-Comeau (projet commun avec Les Cuisines collectives Les Écureuils)	11 996
Sept-Îles	Récupération de fruits et légumes dans les épiceries	Comptoir alimentaire de Sept-Îles	8 000
Total			19 996
GRAND TOTAL			98 778

Étude sur le panier à provisions nutritif : Modification du règlement sur le prix du lait de consommation

Lors d'une consultation publique à l'égard du règlement sur le prix du lait de consommation en janvier dernier, la Direction de santé publique a adressé une demande à la Régie des marchés agricoles et alimentaires du Québec (RMAAQ) pour corriger une situation d'inégalité que vivent depuis toujours les résidents des MRC de la Minganie, du Golfe-du-Saint-Laurent et de Caniapiscau. Différents partenaires locaux, régionaux et nationaux ont également été interpellés et mobilisés pour qu'ils sollicitent eux aussi une modification de la Loi sur la mise en marché des produits agricoles, alimentaires et de la pêche (chapitre M-35.1, a.40.5) pour inclure ces MRC dans la réglementation. Rappelons que la publication de l'étude sur la détermination du coût du panier à provisions nutritif avait démontré une grande variation du prix du lait à l'échelle de notre territoire et avait permis de découvrir que près de la moitié de notre territoire est exclue de la réglementation sur le prix du lait de consommation fixé à l'échelle provinciale par la RMAAQ.

Activité physique (Kino-Québec) (30)

Festival *Plaisirs d'hiver*

Dans le cadre du Festival *Plaisirs d'hiver*, quatorze organismes et municipalités ont répondu à l'appel en proposant des activités. L'édition 2014 a encore une fois impliqué le milieu scolaire avec 24 écoles (23 en 2013) de la Côte-Nord qui ont mis en action plusieurs centaines de jeunes lors des cours d'éducation physique ou de journées spéciales, et ce, entre janvier et mars 2014.

Défi *Basket*

L'édition 2013 du *Défi Basket*, une initiative régionale depuis 2001, a impliqué plusieurs centaines de jeunes du primaire et du secondaire, dans 43 écoles de la Côte-Nord. Cette activité se déroulant en mai, dans le cadre du *Mois de l'éducation physique et du sport étudiant* (MÉPSÉ), a permis d'offrir une bourse de 500 \$ parmi toutes les écoles inscrites.

Ma cour : Un monde de plaisir

En 2013, trois formations concernant l'aménagement, l'organisation et l'animation de la cour d'école ont été offertes à une quinzaine d'intervenants du réseau scolaire de la Côte-Nord. De plus, des formations spécifiques pour les services de garde en milieu scolaire ont été offertes afin de répondre aux besoins de ces organisations.

Programme *Viactive*

Un projet pilote de formation en prévention des chutes pour les conseillers *Viactive* de chaque RLS a été expérimenté par l'INSPQ auprès du CSSS de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan. Un contenu spécifique a aussi été élaboré afin de former des personnes qui pourront assurer la qualification d'animateurs pour ce programme communautaire.

Journée nationale du sport et de l'activité physique (JNSAP)

En 2013, la JNSAP, qui encourage la pratique de l'activité physique dans la population, s'est déroulée en même temps que l'on soulignait le passage de la flamme des Jeux du Canada sur la Côte-Nord. Pour l'occasion, les services de loisirs de Baie-Comeau et de Sept-Îles, en collaboration avec des organismes sportifs et communautaires, ont organisé diverses activités sportives à l'intention du milieu scolaire et des familles. Plus de 550 personnes ont participé à cet événement.

PÉRINATALITÉ

Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE), à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014	Résultat 2013-2014
1.01.12.B.1-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la douzième semaine de grossesse à l'accouchement, moins un jour (prénatale)	0,11	0,50	0,23
1.01.12.B.2-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la naissance à la 6 ^e semaine de vie de l'enfant (postnatale 1)	0,50	1,00	0,72
1.01.12.B.3-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7 ^e semaine au 12 ^e mois de vie de l'enfant (postnatale 2)	0,14	0,50	0,15
1.01.12.B.4-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE du 13 ^e au 60 ^e mois de vie de l'enfant (postnatale 3)	0,06	0,25	0,07

Commentaires

Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) sont un programme visant à offrir aux futurs parents et aux familles de jeunes enfants un soutien durant la grossesse ainsi que lors de l'arrivée du bébé jusqu'à son entrée à l'école afin de :

- Favoriser le développement des enfants âgés de 0 à 5 ans;
- Maximiser le potentiel de santé et de bien-être des familles à partir de la grossesse;
- Améliorer les conditions de vie des familles.

Pour l'année 2013-2014, les résultats n'atteignent pas les cibles identifiées à l'échelle régionale, comme c'est le cas dans plusieurs autres régions du Québec. Par contre, on remarque une légère amélioration par rapport à l'année précédente. Les orientations issues des chantiers SIPPE à l'échelle nationale ainsi que le bilan des activités de santé publique en Côte-Nord alimenteront l'analyse et les interventions requises aux fins d'une optimisation de cette activité dans la région.

Formation sur la prévention du syndrome du bébé secoué

Durant la dernière année, plusieurs intervenants ont reçu la formation sur la prévention du syndrome du bébé secoué et de la maltraitance infantile, qui comporte trois phases. Au CSSS de Sept-Îles, tout le personnel infirmier a bénéficié de la formation de la phase 1. Quant à la phase 2, la formation a rejoint 83 intervenants des différents CSSS du secteur est de la Côte-Nord, 24 intervenants des centres de santé innus ainsi que 87 employés du CPRCN (Centre jeunesse).

Enquête québécoise du développement des enfants à la maternelle (EQDEM)

L'EQDEM a eu lieu à l'hiver 2012 auprès de tous les enfants inscrits à la maternelle. Cette enquête dresse un portrait du développement des enfants selon cinq domaines : santé physique et bien-être, compétences sociales, maturité affective, développement cognitif et langagier, habiletés de communication et connaissances générales. Un comité régional regroupant des acteurs œuvrant auprès de la petite enfance, en vue de mobiliser et de favoriser une entrée scolaire réussie des petits nord-côtiers, a vu le jour l'automne dernier. Un événement régional aura lieu à Sept-Îles les 1^{er} et 2 octobre 2014 afin de diffuser les résultats de l'EQDEM et de mobiliser les acteurs concernés.

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE

Approche École en santé

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Indicateur	Résultat 2012-2013	Engagement 2013-2014	Résultat 2013-2014
Pourcentage d'écoles qui implantent l'Approche École en santé	83,8 %	70 %	84,1 %

Commentaires

L'Approche École en santé (AÉS) invite le réseau de l'éducation et le réseau de la santé et des services sociaux à accroître l'efficacité des interventions de promotion et de prévention, dans le respect de la mission première de l'école, en :

- Inscrivant la promotion de la réussite éducative, de la santé et du bien-être ainsi que la prévention des problèmes sociaux et de santé au cœur du projet éducatif et du plan de réussite de l'école;
- Invitant les partenaires, dont les parents, à conjuguer leurs actions de promotion et de prévention avec celles de l'école;
- Proposant un appui à l'évolution des pratiques qui va dans le sens du renouveau pédagogique en cours, connu sous le nom de « réforme de l'éducation ».

Au 31 mars 2014, 84,1 % des écoles primaires et secondaires nord-côtières avaient implanté l'Approche École en santé, comparativement à 58,2 % pour l'ensemble du Québec.

Deux répondantes régionales assurent un soutien personnalisé dans les démarches de déploiement de l'approche. Elles offrent, au besoin, de la formation aux accompagnateurs, aux gestionnaires et intervenants des réseaux de l'éducation et de la santé, et ses partenaires, sur l'actualisation des meilleures pratiques en prévention et promotion de la santé.

Programmes *Vers le pacifique* et *Différents, mais pas indifférents*

Cette année, 235 personnes ont été rejointes en lien avec ces deux programmes. Au total, 31 écoles sur 112 utilisent ces approches de résolutions de conflits dans notre région, ce qui nous place dans les chefs de file au Québec. Cette année, plusieurs écoles et services de garde ont eu accès à de la formation et de l'accompagnement.

SANTÉ DENTAIRE

Sur la Côte-Nord, le Plan d'action en santé dentaire a été actualisé par la tenue de deux pratiques cliniques préventives (PCP) majeures dans les établissements scolaires, soit les suivis dentaires préventifs et la pose d'agents de scellement.

Cette année, l'ensemble des enfants fréquentant la maternelle a été dépisté et 664 enfants, de la maternelle à la 2^e année du primaire, identifiés comme étant vulnérables à la carie dentaire, ont bénéficié de PCP. Ils ont reçu deux applications de vernis fluoré, des instructions d'hygiène et des conseils sur une saine alimentation en lien avec une santé dentaire optimale.

Un total de 466 enfants de première, deuxième et troisième année ont reçu une application d'agents de scellement sur leurs premières molaires permanentes, ce qui représente 18,2 % des enfants identifiés vulnérables à la carie dentaire. Deux nouveautés, l'évaluation de la qualité de l'acte médical et l'évaluation de la qualité des agents de scellement ont été réalisées dans les écoles par les hygiénistes dentaires des CSSS. La moyenne obtenue concernant la qualité des agents de scellement sur le territoire répond adéquatement aux résultats attendus par le MSSS.

Enfin, l'accessibilité aux soins buccodentaires préventifs a été améliorée, puisque chaque CSSS du territoire a déployé les deux PCP.

TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

Traumatismes liés à l'usage du réseau routier

En 2013-2014, les principales actions de prévention, réalisées en collaboration avec les membres de la Table de concertation en sécurité routière, ont consisté à faire de la sensibilisation aux automobilistes lors des Journées nord-côtières de la sécurité routière, sous le thème de la distraction au volant. Divers partenaires régionaux ont participé à des barrages routiers afin de sensibiliser les usagers à cette problématique. Pour sa part, le comité de sécurité de la route 389 poursuit ses travaux de prévention et promotion. Le plan d'action est en cours de réalisation. Par exemple, le comité a tenu des activités de sensibilisation à Manic 2 et Manic 5 en plus de participer, comme exposant, à un grand rendez-vous du camionnage.

Traumatismes liés aux chutes chez les personnes âgées vivant à domicile

La formation de personnes-ressources dans le domaine de la prévention des chutes était une priorité pour 2013-2014. Une formation régionale a donc permis de former huit formateurs-animateurs, du Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED), répartis dans trois CSSS de la région. Les professionnels de la santé aptes à dispenser ce programme sont des kinésiologues, physiothérapeutes, éducateurs physiques et thérapeutes en réadaptation physique.

Autres faits saillants

En octobre 2013, deux formations régionales sur la sécurité des aires et appareils de jeux ont eu lieu à Baie-Comeau et Sept-Îles. L'objectif était de s'assurer que les personnes-ressources des municipalités soient en mesure de procéder à l'inspection, à l'aménagement et à l'entretien des aires de jeux de leur secteur. Des représentants du réseau scolaire, du milieu municipal et de la santé doivent s'assurer que l'ensemble du mobilier des parcs et des cours d'écoles soit conforme avec les nouvelles recommandations. Un formateur expert en la matière, et accrédité par l'INSPQ, a partagé ses connaissances avec les 26 participants aux formations.

En juin 2013, une activité de vérification des sièges d'auto pour enfants s'est déroulée à Baie-Comeau et Sept-Îles.

Développement social et développement des communautés

Le réseau de la santé publique est un partenaire impliqué au sein de plusieurs concertations locales et régionales et agit en intersectorialité sur différents déterminants sociaux de la santé, tels que la pauvreté et l'exclusion sociale, la réussite éducative, la promotion des environnements favorables aux saines habitudes de vie, le développement global des jeunes enfants nord-côtiers, la sécurité routière, la sécurité alimentaire et l'accès aux logements abordables. De plus, dans le cadre de sa responsabilité populationnelle, le réseau de la santé publique favorise le développement social et soutient le développement des communautés par le déploiement de multiples stratégies d'interventions menant à l'amélioration de la santé ainsi que des milieux de vie des groupes les plus vulnérables de la région. Au cours de la dernière année, l'Agence a notamment reconduit sa participation au sein de l'entente spécifique régionale portant sur l'amélioration des conditions de vie des aînés, et a renouvelé sa collaboration avec la Conférence régionale des élus pour la tenue d'une sixième édition de l'Escale.

Prévention dans les services cliniques de première ligne

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Objectifs de résultats	1.1.2 Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne, en donnant la priorité aux problèmes suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Infections transmissibles sexuellement et par le sang • Habitudes de vie et maladies chroniques • Chutes chez les personnes âgées • Suicide
-------------------------------	--

Indicateur	Résultat 2012-2013	Engagement 2013-2014	Résultat 2013-2014
1.01.21-PS Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires qui ont fait l'objet d'activités de soutien	58 %	40 %	58 %

Commentaires

Les pratiques cliniques préventives (PCP) sont des interventions menées par un clinicien auprès d'un patient, incluant le counseling sur les habitudes de vie, le dépistage de maladies ou facteurs de risque, la vaccination et la prescription de médicaments préventifs. Ces pratiques permettent d'agir en amont des problèmes pour ainsi réduire la morbidité et la mortalité évitables en favorisant la santé et en prévenant les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux.

Bien que l'objectif soit atteint, la région affiche un retard majeur quant aux pratiques cliniques préventives qui ont fait l'objet d'activités de soutien. En effet, le soutien accordé est en deçà des structures organisationnelles et se qualifie davantage en termes de planification d'activités, sans implantation. D'ailleurs, dans le rapport sur « l'appréciation de la performance de l'action en santé publique » produit par la Direction générale de la santé publique du MSSS (novembre 2013), la situation de la Côte-Nord au regard des PCP est jugée préoccupante.

Un état de situation des activités de santé publique en Côte-Nord est en cours d'élaboration. Ce bilan rend compte de l'état d'implantation du Programme national de santé publique (PNSP) et du Plan d'action régional et local de santé publique (PAR-PAL), ainsi que de l'appréciation de la performance de l'action de santé publique pour la région. Ces informations permettront d'identifier des mesures pour assurer la consolidation ou soutenir l'implantation des activités en santé publique, dont les PCP.

Santé environnementale

La Direction de santé publique assure une réponse en santé environnementale et agit dans ce domaine d'activité en se référant aux différents éléments du milieu environnemental susceptibles de porter atteinte à la santé. On y traite, entre autres, de la qualité de l'eau potable, de la pollution de l'air intérieur et extérieur, de la contamination des sols, de même que du maintien sécuritaire de milieux habités.

La prévention des risques est également abordée lorsque la Direction de santé publique est invitée à transmettre des avis dans le cadre de l'évaluation des impacts environnementaux et sur la santé publique de différents projets et règlements soumis à l'étude, tout en ayant comme toile de fond des écosystèmes sains pour la population.

Voici les faits saillants de l'année 2013-2014 :

- ✱ Assurer une réponse dans une vingtaine de dossiers sur le plan de la qualité de l'air intérieur (moisissures, radon, émanations) directement auprès de citoyens et d'organismes locaux (Office municipal d'habitation, municipalités, CSSS) ou régionaux (commissions scolaires).
- ✱ Participer et collaborer au processus de remise aux normes de la qualité de l'eau potable dans le parc Murray à Pointe-Label (maisons mobiles).
- ✱ Participer et collaborer à des comités régionaux et nationaux, afin de bien cerner les enjeux environnementaux en lien avec la santé des Nord-Côtiers, notamment l'érosion des berges, l'eau potable, la qualité de l'air intérieur et extérieur, les changements climatiques, les risques industriels majeurs, les cyanobactéries, l'uranium et le radon.
- ✱ Analyser d'un point de vue de santé publique la recevabilité de dix études d'impact environnemental et l'acceptabilité d'un projet, tout en assurant le suivi (correspondance, addenda, suivi environnemental, etc.).
- ✱ Maintenir la surveillance des réseaux d'eau potable de la Côte-Nord en collaboration avec le ministère du Développement durable, de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques (avis de non-conformité, demande de correction, mise aux normes de réseaux d'eau potable, avis de santé publique pour des problématiques particulières).
- ✱ Surveiller les 26 réseaux d'alimentation en eau potable ayant eu des dépassements de normes sur la qualité physicochimique ou bactériologique et s'assurer que les nouveaux avis d'ébullition et de non-consommation (69 incluant les avis préventifs) soient communiqués à la population et à Info-Santé.
- ✱ Maintenir la surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MADO) d'origine environnementale et assurer les enquêtes épidémiologiques lors de déclarations.
- ✱ Analyser les modifications de trois projets de règlement de MRC (Manicouagan, Haute-Côte-Nord, Sept-Rivières et Minganie).
- ✱ Accompagner les organismes de bassins versants dans leurs démarches associées à leur plan directeur de l'eau.
- ✱ Entretenir un partenariat avec le Conseil régional de l'environnement de la Côte-Nord pour des activités de promotion et de sensibilisation concernant divers dossiers (herbe à poux, campagne *Défi Climat*, réduction de la dépendance au pétrole).
- ✱ Assurer la mise en place de campagnes d'information et de prévention (chaleur, monoxyde de carbone et oxyde d'azote).
- ✱ Assurer l'implantation de diverses actions prévues dans le plan d'action associé à la politique environnementale de l'Agence.
- ✱ Participer aux travaux du réseau environnemental regroupant huit établissements du réseau de la santé, incluant l'Agence.
- ✱ Participer aux travaux du réseau provincial de développement durable du réseau de la santé, incluant la mise en place de la stratégie québécoise d'économie d'eau potable.

Santé au travail

Le mandat du Service de santé au travail consiste à offrir des activités de prévention, de protection et de promotion de la santé en réponse à des problèmes reliés à l'environnement de travail. Ces activités sont planifiées dans un programme de santé spécifique à l'établissement (PSSE), en collaboration avec les représentants de l'employeur et des travailleurs de l'entreprise. Au 31 décembre 2013, 248 entreprises des secteurs prioritaires bénéficient d'un PSSE sur une possibilité de 648 entreprises potentiellement à desservir¹.

Le plan d'organisation en santé au travail prévoit 29,6 intervenants dont 21,6 à l'équipe d'intervention, soit 6 techniciens en hygiène industrielle, 10 infirmières, 3 agentes administratives et 2,6 médecins.

Voici la synthèse des principales activités réalisées au cours de l'année 2013 par les intervenants de l'équipe de santé au travail.

Tableau 19 : Activités du programme de santé au travail réalisées dans les entreprises de la région

Activité	Nombre
Connaissance préalable de l'entreprise	49
Élaboration de programmes de santé	8
Mise à jour de programmes de santé	29
Total	86
Intervention générale	105
Ergonomie	57
Gestion de la santé et sécurité au travail (GSST)	18
Surveillance environnementale	57
Surveillance médicale	39
Information	64
Premiers secours et premiers soins	110
Total	450
GRAND TOTAL	536

En plus de ces activités de base, les intervenants en santé au travail ont effectué en 2013 :

- ✦ 522 analyses de postes dans le cadre du programme « Pour une maternité sans danger »;
- ✦ 7 enquêtes sur les MADO;
- ✦ 20 demandes de services provenant des employeurs ou des travailleurs dans la majorité des cas.

Les activités réalisées dans les entreprises de la Côte-Nord ont un impact sur des milliers de travailleurs. Sensibilisés et mieux informés sur les risques et les agresseurs présents dans leur milieu de travail, les travailleurs et leurs employeurs sont invités à prendre en charge leur santé. La réduction à la source de l'exposition aux divers contaminants demeure l'objectif à atteindre.

Le Service de santé au travail a publié, au cours de l'année, trois éditions du bulletin *Santé en têtes* à l'intention des milieux de travail de la région. Le tirage est de 620 exemplaires par édition.

Les intervenants de santé au travail ont bénéficié de 251 heures de formation au cours de l'année 2013.

1. Les ententes de gestion signées avec la CSST pour l'année 2013 limitent les interventions du réseau de santé publique en santé au travail aux entreprises des secteurs d'activité identifiés par la CSST.

Maladies infectieuses

MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE ET AUTRES SIGNALEMENTS - FAITS SAILLANTS

À chaque année, le directeur de santé publique collige les données relatives aux MADO ou aux signalements survenus sur son territoire. Ces données sont extraites du fichier provincial MADO alimenté par la Direction de santé publique à partir des déclarations transmises par les laboratoires et les médecins. Au cours de l'année 2013, 459 MADO d'origine infectieuse ont été reçues, comparativement à 413 en 2012 (annexe C).

Infections transmissibles sexuellement et par le sang

- ✱ Au plan régional, le nombre de cas déclarés de chlamydie génitale en 2013 se chiffre à 317, ce qui représente une augmentation de 11 % comparativement aux 285 cas enregistrés en 2012. Le taux d'incidence sur la Côte-Nord (338 pour 100 000 personnes) en 2013 est significativement plus élevé que celui de l'ensemble du Québec (276 pour 100 000). Il s'agit également d'une hausse significative au regard du taux d'incidence enregistré en 2009 (262 pour 100 000).
- ✱ Quatre cas d'infection gonococcique et un cas de syphilis ont été déclarés.

Maladies entériques

- ✱ Le nombre de cas de maladies entériques a augmenté de 14 % comparativement à l'année 2012. Cette hausse peut s'expliquer par le fait qu'en 2013, les épisodes de gastroentérite épidémique d'origine indéterminée ont été inscrits dans le fichier provincial des MADO. Les infections à *Campylobacter*, la salmonellose et la gastroentérite épidémique d'origine indéterminée sont les plus fréquemment déclarées.
- ✱ En 2013, 25 épisodes de gastroentérite épidémique d'origine indéterminée ont été rapportés à la Direction de santé publique. Vingt et une sont survenues en milieux de soins alors que les autres provenaient du milieu communautaire (ex. : résidences privées pour personnes âgées, école, service de garde).
- ✱ Une seule toxi-infection alimentaire a été déclarée à la Direction de santé publique touchant 20 invités sur 23 ayant participé au même événement où un repas était servi.

Maladies évitables par la vaccination

- ✱ Douze cas de coqueluche ont été déclarés en 2013 comparativement à six en 2012. Cette maladie, qui connaît une nette progression tant au Québec que sur la Côte-Nord, possède un profil cyclique qui la fait réapparaître régulièrement même dans une population adéquatement vaccinée.
- ✱ Parmi les 19 cas confirmés d'infection invasive à *Streptococcus pneumoniae*, un seul enfant de moins de 5 ans adéquatement vacciné a été déclaré, mais les sérotypes identifiés chez cet enfant ne sont pas contenus dans ce vaccin.

Autres MADO

- ✱ Huit cas d'infection invasive à streptocoque du groupe A ont été déclarés en 2013 dont trois ayant nécessité l'administration d'un traitement préventif.
- ✱ Trois cas de tuberculose pulmonaire ont été déclarés dont deux provenant de la même famille. Des traitements préventifs à l'isoniazide (INH) et des suivis ont été recommandés aux 28 contacts significatifs.
- ✱ Deux cas de légionellose (sans lien épidémiologique entre eux) ont été déclarés. L'enquête épidémiologique a permis de cibler la fréquentation de spas comme facteur de risque, mais cette hypothèse n'a pu être confirmée.

Éclosions

Certaines situations d'éclosions, même si elles ne sont pas à déclaration obligatoire, sont signalées à la Direction de santé publique et font l'objet d'une surveillance particulière en milieux de soins (ex. : syndrome d'allure grippale-influenza). Les éclosions en milieux communautaires sont signalées sur une base volontaire selon le milieu touché.

- ✱ Le réseau de la santé nord-côtier a rapporté un total de sept éclosions de syndrome d'allure grippale survenues principalement en milieux de soins de longue durée. La présence de l'influenza a été confirmée dans quatre éclosions (deux de type A et deux de type B).
- ✱ En janvier 2014, une éclosion de conjonctivite à adénovirus de type 8, en lien avec le département d'ophtalmologie du CSSS de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan, a été signalée à la Direction de santé publique. Le CSSS a mis en place diverses mesures visant à prendre en charge la clientèle affectée et à éviter la propagation de cette maladie de l'œil très contagieuse : fermeture de la clinique régulière d'ophtalmologie, mise en place de cliniques spéciales pour les personnes atteintes de conjonctivite, rehaussement des mesures de contrôle et de prévention des infections ainsi que des pratiques de retraitement des dispositifs médicaux, de même qu'en hygiène et salubrité et enfin, suspension des visites aux usagers. Selon l'investigation réalisée, un total de 248 cas acquis en milieux de soins et 1 187 cas acquis dans la communauté ont été répertoriés. Parmi ces cas, 167 étaient des employés du CSSS. La fin de l'éclosion a été confirmée le 12 mai 2014. La gestion de cet événement a permis d'acquérir de nouvelles connaissances, d'identifier certaines problématiques et d'apporter les ajustements nécessaires tant aux plans local, régional que provincial.

Prévention de la rage humaine

En 2013, la Direction de santé publique a reçu 88 signalements de morsures ou autres expositions significatives à des animaux comparativement à 77 en 2012. La majorité des signalements (92 %) concernait des animaux domestiques (chien, chat). L'administration d'une immunisation préventive contre la rage a été recommandée à douze personnes exposées.

VACCINATION

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Objectifs de résultats	Augmenter la proportion des enfants qui reçoivent leurs vaccins dans les délais requis, tel que prévu au calendrier du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)
-------------------------------	---

Indicateur	Résultat 2012-2013	Engagement 2013-2014	Résultat 2013-2014
1.1.14 Proportion des enfants recevant en CSSS leur première dose de vaccin contre DCaT-Polio-Hib ² en dedans de deux semaines du moment prévu au calendrier régulier du PIQ	88,1 %	90 %	85,9 %
1.1.15 Proportion des enfants recevant en CSSS leur première dose de vaccin contre le méningocoque du sérogroupe C en dedans de deux semaines du moment prévu au calendrier régulier du PIQ	79,3 %	90 %	81,2 %

2. Vaccin combiné contre la diphtérie, la coqueluche, le téjanos, la poliomyélite et l'infection à *Haemophilus influenzae* de type b.

Commentaires

La situation des retards dans la prise de rendez-vous prive les enfants d'une protection efficace à un âge où les risques de complications sont les plus importants. Il est donc essentiel que le rendez-vous soit donné dans les deux semaines qui suivent l'âge prévu au calendrier vaccinal. Afin d'assurer la protection adéquate d'une population vulnérable, des indicateurs de gestion ont été développés et sont suivis depuis quelques années. Rappelons qu'il s'agit d'un résultat de performance de services rendus dans les délais prescrits dans le CSSS et non d'un résultat de couverture vaccinale. Ces deux mesures ne peuvent être comparées.

Analyse des résultats

En 2013-2014, les cibles ne sont pas atteintes au plan régional concernant les deux indicateurs évalués. Au plan local, un seul CSSS atteint l'objectif de 90 % pour la vaccination DCaT-Polio-Hib administrée à l'âge de 2 mois, cinq présentent des taux se situant entre 82,1 % et 87,8 % et un dernier se situe à 77,3 %. Concernant la vaccination contre le méningocoque de sérogroupe C (administrée à l'âge de 12 mois), aucun CSSS n'a atteint la cible de 90 %, cinq ont des taux variant de 80 % à 83 %, et deux présentent des taux inférieurs, soit 65,5 % et 76,7 %.

Certains établissements justifient la non-atteinte de l'objectif visé par le fait que le calendrier vaccinal prévoit l'administration simultanée de plus d'un vaccin lors des visites prévues faisant en sorte que des parents refusent la vaccination ou préfèrent reporter une injection. Parfois, certains rendez-vous doivent être retardés à la demande des parents ou sont oubliés par ces derniers. Des difficultés sont également notées concernant la vaccination dans les petites municipalités où le service n'est pas offert à toutes les semaines. Enfin, des dossiers demeurés ouverts dans I-CLSC alors que les enfants ne résident plus sur le territoire pourraient expliquer certains résultats plus faibles alors que la couverture vaccinale se situe à plus de 95 %.

Au cours des dernières années, les CSSS ont mis en place (ou consolidé) les activités prioritaires prévues au Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec élaboré par l'INSPQ, soit :

1. Rappel à tous les parents de nouveau-nés de prendre le rendez-vous de vaccination à 2 mois.
2. Relance des enfants non vaccinés à l'âge de 2 mois à la suite d'un rendez-vous manqué.
3. Ajout de plages horaires.
4. Rappel en quatrième année du primaire pour formulaires non signés et relance pour enfants non vaccinés (formulaires signés).

L'implantation est plus complexe dans certains CSSS où parfois une seule infirmière est disponible pour accomplir plusieurs tâches (ex. : périnatalité, santé scolaire, soins à domicile, etc.).

Couverture vaccinale

Plus de 95 % des enfants âgés de 2 ans ont reçu les vaccins prévus au calendrier régulier d'immunisation.

En milieu scolaire, la couverture vaccinale a été évaluée pour les jeunes de la maternelle, de la quatrième année du primaire et du troisième secondaire. Entre 90,9 % et 99,2 % de ces jeunes ont reçu les vaccins prévus au calendrier régulier de vaccination.

Plus de 92 % des élèves de la quatrième année du primaire ont reçu les deux doses de vaccin contre l'hépatite B prévues au calendrier vaccinal (objectif : 90 %). Concernant le programme de vaccination contre le virus du papillome humain (VPH), 90,9 % des filles de la quatrième année ont été vaccinées (objectif : 90 %).

Dans le but de maintenir une immunité de groupe, le Comité sur l'immunisation du Québec a recommandé l'ajout d'une dose de rappel du vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C aux élèves de troisième secondaire dès l'automne 2013. Plus de 94 % des jeunes visés ont été vaccinés durant l'année scolaire, au même moment que la dose de rappel prévue contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (93,9 %).

Rappelons qu'en septembre 2013, la première cohorte des filles de la quatrième année du primaire, vaccinées contre le VPH en 2008, faisait son entrée en troisième secondaire, mettant ainsi fin aux activités de vaccination de rattrapage systématique pour ce niveau scolaire. La vérification du dossier de vaccination de ces filles a permis de constater que plus de 93 % d'entre elles étaient adéquatement vaccinées contre le VPH.

Vaccination contre l'influenza saisonnière

En 2013-2014, la campagne de vaccination menée par les établissements du réseau de santé nord-côtier a permis d'administrer plus de 25 000 doses de vaccin contre l'influenza saisonnière, soit 1 600 doses de plus que l'an dernier.

L'évaluation de la couverture vaccinale révèle que 93 % des résidents vivant dans les milieux de soins de longue durée (90,8 % l'an dernier), 53,7 % des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant en milieu ouvert (55,9 % l'an dernier) et 73,6 % des travailleurs de la santé (66,9 % l'an dernier) ont été vaccinés cette année. L'objectif visé est de 80 % dans tous les groupes cibles.

Manifestations cliniques inhabituelles à la suite d'une vaccination

Dix-huit déclarations de manifestations cliniques survenues après une vaccination ont été inscrites au fichier provincial de surveillance en 2013. Pour la majorité, les manifestations présentées étaient bénignes et se sont résolues progressivement. À noter que plus de 50 000 doses de vaccin sont administrées annuellement dans la région.

PRÉVENTION ET CONTRÔLE - INFECTIONS NOSOCOMIALES

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Objectifs de résultats	4.1.3 Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis
-------------------------------	--

Indicateur	Résultat 2012-2013	Engagement 2013-2014	Résultat 2013-2014
1.01.19.1 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - diarrhées associées au <i>Clostridium difficile</i>	100 % (2/2)	100 % (2/2)	100 % (2/2)
1.01.19.2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline	50 % (1/2)	100 % (2/2)	100 % (2/2)
1.01.19.3 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	N/A	N/A	N/A

Commentaires

Contexte

Sur la Côte-Nord, deux établissements répondent aux critères de participation de deux des trois programmes de surveillance obligatoire visés par la planification stratégique, soit la surveillance des diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD) et des bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM). Les seuils ont été définis par l'INSPQ et ses comités d'experts.

DACD - Analyse

Les deux établissements visés ont maintenu leur taux d'infections nosocomiales à *C. difficile* inférieur aux seuils établis de 2,7 et 4,4/10 000 jours/présences. Au cours de l'année 2013-2014, chaque CSSS a rapporté entre zéro et deux cas de DACD nosocomiales par période. Une seule éclosion, impliquant deux cas, a été signalée à la Direction de santé publique.

Bactériémies à *S. aureus* résistant à la méthicilline - Analyse

Les deux établissements visés ont maintenu leur taux d'infections nosocomiales à SARM inférieur au seuil établi de 0,56/10 000 jours/présences. Un seul nouveau cas de bactériémie à SARM a été rapporté dans l'un des deux établissements.

Table régionale en prévention des infections nosocomiales (TRPIN)

La TRPIN, dont les travaux ont débuté en 2006, est une instance qui soutient le travail des équipes locales en prévention et contrôle des infections en favorisant l'harmonisation des pratiques, en permettant le partage d'outils et l'échange sur des problématiques particulières. Elle a également le mandat d'adresser tout enjeu régional majeur au président-directeur général de l'Agence.

Au cours de la dernière année, la TRPIN a réalisé les activités suivantes :

- ✱ Soutien à la participation des nouvelles infirmières en prévention et contrôle des infections (PCI), titulaires d'un poste, à la formation de base « Introduction à la PCI » de l'Université de Sherbrooke.
- ✱ Promotion des colloques et autres formations incontournables pour ses membres ou représentants des domaines connexes.
- ✱ Recommandations et avis sur différents sujets en lien avec la sécurité des soins tels que les chambres d'isolement respiratoire et les unités de retraitement de dispositifs médicaux (RDM) situées dans des points de service.
- ✱ Soutien aux travaux concernant les rideaux séparateurs en lien avec les recommandations du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ).

FORMATION

La Direction de santé publique a offert plusieurs activités de formation au cours de l'année 2013-2014.

- ✱ Des formations en immunisation de base, de mise à jour sur le PIQ et sur de nouveaux programmes de vaccination (hépatite B chez les nourrissons, utilisation du nouveau vaccin intranasal contre la grippe) ont été données. Diverses méthodes ont été utilisées pour les réaliser (ex. : webinaire et conférence téléphonique en simultanée ou en présentiel) ce qui a permis de rejoindre plus de 270 professionnels de la santé (infirmières des CSSS, des centres de santé autochtones et résidents en médecine), partout sur le territoire.
- ✱ Une formation de base en santé des voyageurs a eu lieu à Baie-Comeau et à Sept-Îles en juillet 2013. Elle visait à améliorer et harmoniser les services offerts par les cliniques santé voyage des CSSS. Cette activité a permis de rejoindre 22 infirmières en CSSS et quelques-unes offrant les services santé voyage dans les pharmacies privées de la région.

BULLETIN DE SANTÉ PUBLIQUE

Au cours de l'année, le Service des maladies infectieuses a produit et publié quatre bulletins *Contamine-Action*. Ces bulletins sont disponibles sur le site Internet de l'Agence.

Surveillance et évaluation

Voici les principales activités réalisées en 2013-2014 :

- ✱ Production et diffusion d'un document brossant un portrait exhaustif de l'évolution du cancer dans la région pour la période 1984 à 2008-2009 au regard des nouveaux cas de cancer, de la mortalité et des hospitalisations liées à cette maladie. Les principaux résultats ont été dévoilés en conférence de presse en mars 2014.
- ✱ Production d'un numéro de *La santé recherchée* et de *La santé recherchée : en bref* sur les nouveaux cas de cancer sur la Côte-Nord pour la période 1984-1988 à 2004-2008.
- ✱ Production d'un numéro de *La santé recherchée* et de *La santé recherchée : en bref* sur les décès par cancer sur la Côte-Nord pour la période 1985-1989 à 2005-2009.
- ✱ Production d'un numéro de *La santé recherchée* portant sur quelques facteurs de risque modifiables du cancer au regard des habitudes de vie des adultes nord-côtiers à la lumière de l'Enquête Santé Côte-Nord 2010 (ESCN).
- ✱ Début des travaux pour produire un premier rapport thématique exhaustif portant sur l'usage de la cigarette par la population adulte nord-côtière et celle des territoires de RLS à partir des données de l'ESCN 2010. La diffusion est prévue pour l'automne 2014.
- ✱ Rédaction de deux numéros de *La santé recherchée* portant sur le phénomène de la violence chez les jeunes du secondaire de la Côte-Nord à partir des données de l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) 2010-2011. Les thèmes explorés sont la violence dans les relations amoureuses ainsi que la violence et les problèmes de comportement. La diffusion est prévue pour l'automne 2014.
- ✱ Rédaction d'un numéro de *La santé recherchée* sur la santé mentale et psychosociale des jeunes nord-côtiers aux études secondaires d'après les données recueillies par l'EQSJS 2010-2011.
- ✱ Analyse des données issues de l'Enquête québécoise du développement des enfants à la maternelle (EQDEM) en petite enfance. Collaboration aux travaux du comité régional pour la diffusion des résultats et la mobilisation des acteurs concernés.
- ✱ Travaux en soutien à la planification stratégique du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord (données sociodémographiques et sociosanitaires).

L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET DE LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE

Qualité des services

SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Tous les établissements de la Côte-Nord, à l'exception du CLSC Naskapi, déclarent les incidents ou les accidents survenus dans la prestation des soins et des services aux usagers. L'analyse de ces informations vise à diminuer la récurrence et à améliorer la qualité des soins et des services. De plus, ces données servent à constituer un registre local ainsi qu'à alimenter le registre national sur la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux. Pour ce qui est du CLSC Naskapi, une employée a participé à la formation de base, l'automne dernier. Le CLSC est maintenant en mesure d'alimenter le registre et devrait débiter la saisie au début de la prochaine année financière.

En 2011, le MSSS a entrepris une consultation afin de revoir le formulaire AH-223, qui permet aux établissements de déclarer les incidents et les accidents. Tous les établissements devront utiliser, à compter du 1^{er} avril 2014, le nouveau formulaire. Les pilotes locaux de tous les établissements de la région ont reçu une formation du MSSS à cet effet en février dernier.

Au cours de la dernière année, l'Agence a participé aux rencontres de la Table des répondants principaux de la qualité, animées par le MSSS, permettant ainsi de soutenir les établissements du réseau nord-côtier.

L'an dernier, l'Agence a tenu deux rencontres régionales avec tous les responsables de la qualité des établissements. Ces rencontres visent à développer une vision commune et intégrée de la qualité ainsi qu'une culture d'amélioration continue de la qualité au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

AGRÈMENT

L'agrément constitue la reconnaissance par une autorité externe de l'engagement d'un établissement dans une démarche continue d'amélioration de la qualité de ses services. L'agrément fait suite à l'évaluation systématique d'un ensemble de pratiques organisationnelles en fonction des meilleures pratiques pour améliorer la qualité des services. En participant au programme d'agrément, une organisation démontre clairement sa volonté d'offrir des soins et des services de qualité ainsi que son engagement à l'égard de l'amélioration continue de la qualité.

En 2013-2014, les CSSS de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan et de Sept-Îles ont renouvelé leur agrément.

SUIVI DES RAPPORTS DU CORONER

Au cours de l'année, les coroners ont émis des recommandations dans leurs rapports d'investigation et ont fait part de certaines attentes envers le réseau de la santé.

En 2013-2014, l'Agence a entrepris les démarches suivantes :

- ✱ Pour répondre à la recommandation du coroner Alain Pelletier, à la suite d'un décès en 2012 et à la demande du MSSS, l'Agence a transmis le rapport aux RPA de la région pour s'assurer qu'un verrou automatique soit installé aux lits rabattables horizontaux de la compagnie GA-MA dans les établissements de la région. Finalement, à la suite de la vérification, nous avons pu apprendre qu'aucun lit de ce genre ne se trouve sur le territoire de la Côte-Nord.
- ✱ À la suite du rapport d'investigation du coroner Andrée Kronström, relativement à un décès survenu en 2011, l'Agence a transmis la recommandation au comité d'évaluation de l'acte médical du CSSS de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan pour qu'il fasse la révision de ce dossier, afin d'assurer l'analyse des actes médicaux posés. Les conclusions de ce comité ont été transmises au comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).

PRIX D'EXCELLENCE

Depuis plus de 30 ans, les Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux soulignent les initiatives des gens de cœur et d'action qui mettent à profit leur sens de l'innovation et leur « leadership » pour améliorer de façon significative la qualité des soins et des services offerts à la population québécoise. La Côte-Nord a remporté deux prix cette année. L'Association des aidants naturels de la Côte-Nord a reçu une mention d'honneur, dans la catégorie *Impact sur la communauté*. Cette organisation permet entre autres aux aidants naturels d'échanger et de recevoir des conseils face aux difficultés rencontrées dans leur quotidien afin d'éviter l'épuisement. De son côté, le CPRCN a remporté un prix *Coup de cœur* remis par la ministre déléguée aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse, Mme Véronique Hivon, grâce à son projet *Porte-en-soi*. Il s'agit d'un projet novateur en toxicomanie impliquant à la fois les programmes de réadaptation jeunesse et dépendance.

Traitement des plaintes

Le régime d'examen des plaintes se veut un des outils pour améliorer la qualité des services et assurer le respect des droits des usagers. L'expression d'une plainte est une occasion de valider les pratiques et de proposer des mesures pour les améliorer, le cas échéant.

Le nombre de plaintes reçues dans la région par les commissaires locaux et le commissaire régional s'est accru d'environ 12 % (31/245) par rapport à l'exercice budgétaire précédent. Il en va de même pour les plaintes adressées aux médecins examinateurs qui ont augmenté d'un peu plus de 30 % (10/31).

Tableau 20 : Évolution du bilan régional des dossiers de plaintes

Exercice	Commissaire		Médecin examinateur		Transmis en deuxième instance	
	Plainte		Plainte			
	Reçue	Conclue*	Reçue	Conclue*	Protecteur du citoyen	Comité de révision
2013-2014	276	280	41	41		1
2012-2013	245	237	31	32	3	2
2011-2012	244	236	33	32	1	3

* Le nombre de plaintes conclues tient compte de celles reçues et en cours d'examen en début d'exercice.

À l'échelle régionale, la majorité des plaintes examinées par les commissaires est traitée à l'intérieur du délai de 45 jours prévu par la loi (81 %), alors que pour les médecins examinateurs, les délais de traitement sont supérieurs dans la majorité des cas (58 %).

Tableau 21 : Délai d'examen des plaintes

Délai	Commissaire		Médecin examinateur*	
	Nombre	Pourcentage (%)	Nombre	Pourcentage (%)
1 à 45 jours	227	81	13	42
46 à 90 jours	43	15	12	39
91 jours et plus	10	4	6	19
TOTAL	280	100	31	100

* Les données pour le CSSS de Manicouagan et de la Minganie ne sont pas disponibles.

Le tableau suivant présente le bilan des plaintes reçues et traitées par les commissaires et les médecins examinateurs en fonction des différents établissements de la région. Comme nous pouvons le constater, c'est le CSSS de Sept-Îles qui reçoit le plus grand nombre de plaintes, tant pour le commissaire local (129/276) que pour le médecin examinateur (16/40). L'augmentation du volume régional de plaintes reçues par les commissaires locaux (+31) au cours du dernier exercice se situe principalement au CSSS de Sept-Îles (+23). Pour les médecins examinateurs, l'augmentation du nombre de plaintes se situe davantage au CSSS de la Haute-Côte-Nord (+5).

Tableau 22 : Bilan des dossiers de plaintes par établissement

Établissement	Commissaire			Médecin examinateur		
	Plainte reçue		Plainte conclue*	Plainte reçue		Plainte conclue*
	2013-2014	2012-2013		2013-2014	2012-2013	
CSSS de la Haute-Côte-Nord	28	18	28	6	1	5
CSSS de Manicouagan	36	38	35	9	6	10
CSSS de Port-Cartier	15	10	15	3	3	4
CSSS de Sept-Îles	129	106	132	16	14	18
CSSS de la Minganie	15	12	15	3	5	3
CSSS de la Basse-Côte-Nord	17	26	17	1	1	1
CSSS de l'Hémathite	18	15	16	2	1	
CPRCN	14	16	17			
Agence	4	4	5			
TOTAL	276	245	280	40	31	41

* Le nombre de plaintes conclues tient compte de celles reçues et en cours d'examen en début d'exercice.

Les 280 plaintes conclues par les commissaires locaux au cours de l'exercice comportent plus de 301 motifs d'insatisfaction. Ce sont, dans l'ordre, les soins et services dispensés (68), l'accessibilité aux services (66) et l'organisation du milieu et des ressources matérielles (65) qui s'accaparent la majorité des sources d'insatisfaction (199/301).

Pour les plaintes dont le traitement a été complété, il est intéressant d'observer que 42 % de celles-ci (98/236) s'accompagnent de mesures pour corriger ou améliorer la situation. Un niveau de traitement non complété indique que la plainte a été soit abandonnée par son auteur, soit refusée ou rejetée par le commissaire.

Tableau 23 : Motifs de plaintes et niveau de traitement (commissaires)

Motif de plainte*	Niveau de traitement			Total
	Traitement non complété	Traitement complété (total = 236)		
		Avec mesure	Sans mesure	
Accessibilité	11	21	34	66
Aspect financier	9	15	12	36
Droits particuliers	3	6	8	17
Organisation du milieu et ressources matérielles	14	22	29	65
Relations interpersonnelles	14	12	21	47
Soins et services dispensés	14	20	34	68
Autres		2		2
TOTAL	65	98	138	301

* Une plainte peut contenir plusieurs motifs d'insatisfaction.

Pour les médecins examinateurs, les principaux motifs d'insatisfaction se retrouvent dans la catégorie soins et services dispensés (22/34). Le traitement de ces plaintes s'accompagne dans 28 % des cas (8/29) de recommandations visant l'amélioration des services.

Tableau 24 : Motifs de plaintes et niveau de traitement (médecins examinateurs)

Motif de plainte*	Niveau de traitement**			Total
	Traitement non complété	Traitement complété (total = 29)		
		Avec mesure	Sans mesure	
Accessibilité	1	2		3
Droits particuliers			1	1
Relations interpersonnelles	2	1	5	8
Soins et services dispensés	2	5	15	22
TOTAL	5	8	21	34

* Une plainte peut contenir plusieurs motifs d'insatisfaction.

** Les données pour le CSSS de Manicouagan et de la Minganie ne sont pas disponibles.

Enfin, les commissaires (locaux et régional) ont réalisé plus de 236 activités complémentaires à l'examen des plaintes.

Tableau 25 : Autres fonctions des commissaires

Fonction	Nombre d'activités
Assistance	109
Collaboration au fonctionnement du régime de plaintes	44
Consultation	28
Intervention	17
Participation au comité de vigilance	17
Promotion-information	11
Communication au conseil d'administration	10
TOTAL	236

Santé des femmes et condition féminine

Dans le cadre d'un projet relatif à la santé et la sécurité des femmes, un appui financier de 6 425 \$ a été octroyé au Regroupement des femmes de la Côte-Nord pour soutenir un projet régional d'ateliers de formation en vue de promouvoir et d'assurer aux femmes une utilisation sécuritaire et confidentielle des outils et des nouvelles technologies de l'information et des communications.

Santé et bien-être des hommes

En 2013-2014, les activités liées aux réalités masculines ont été concentrées sur la révision de la planification stratégique. Cette démarche s'est appuyée sur l'étude de madame Diane Dubeau, de l'Université du Québec en Outaouais. Cette dernière a d'ailleurs participé à une journée de travail dans le cadre de l'identification des enjeux de la planification stratégique 2014-2017. La Table nord-côtière de concertation sur les réalités masculines a aussi pu compter sur le soutien d'un autre expert, monsieur Luc Ferland, du Regroupement provincial pour la valorisation de la paternité (RVP).

Notons que la région compte trois organismes qui offrent du soutien individuel aux hommes en détresse, soit : Homme aide Manicouagan à Baie-Comeau, Hom'asculin à Port-Cartier et Homme Sept-Îles. Ces organismes communautaires ont pour mission d'offrir un service adapté à la réalité masculine, dans l'approche et l'accompagnement, afin de résoudre leurs problèmes personnels et de briser l'isolement.

Accès aux services en langue anglaise

L'Agence doit élaborer, en collaboration avec les établissements, un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de la région. À la demande du ministre, l'Agence a procédé à la mise à jour complète de son programme qui a été adopté en février 2012 par le Conseil des ministres du gouvernement du Québec. Celui-ci a été introduit dans la région en 1989 et vise à faciliter l'accès aux services à la population d'expression anglaise de la Côte-Nord. Un plan de communication et un plan d'action ont été préparés afin de faire connaître le programme et réaliser des actions concrètes visant à bien desservir la communauté anglophone.

Dans la région, sept établissements font partie du programme d'accès, soit cinq CSSS, le CPRCN et le CLSC Naskapi. Seul le CSSS de la Basse-Côte-Nord est tenu de rendre tous ses services accessibles en anglais et en français. Dans le cas des autres établissements, ils sont en mesure d'offrir certains services en anglais par le biais d'employés bilingues ou de personnes pouvant agir comme interprètes au besoin.

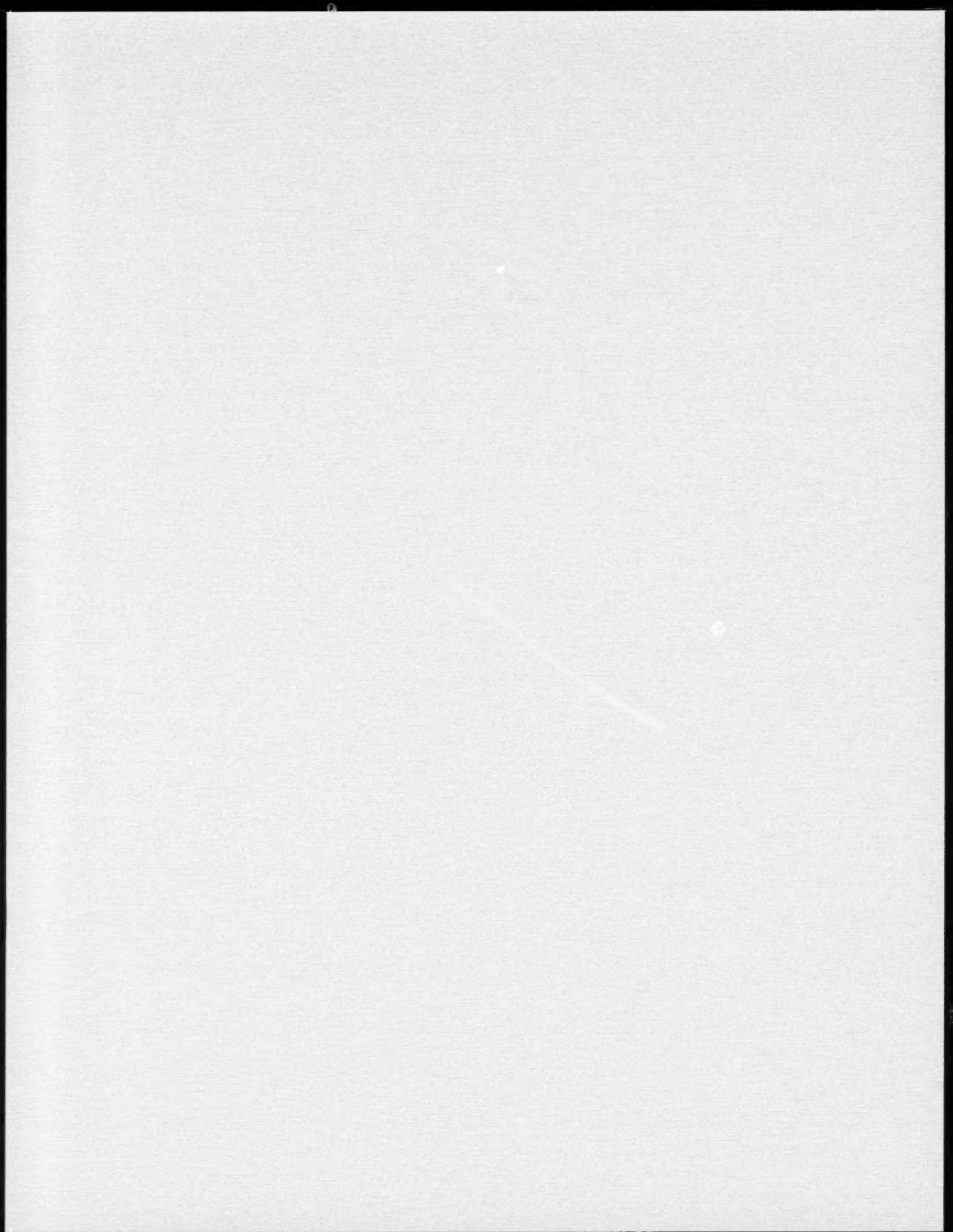
En avril 2014, l'Agence a présenté, de nouveau, un projet à Santé Canada dans le cadre de l'initiative *Adaptation des services de santé et des services sociaux* afin d'obtenir du financement pour les quatre prochaines années pour poursuivre le projet régional intitulé *Vaincre la barrière de la langue pour offrir des services de qualité à tous*. Dans le cadre de ce projet, une ressource a été embauchée au CSSS de Sept-Îles afin d'agir comme interprète dans l'est de la région et soutenir les anglophones recevant des services dans cet établissement. Ce projet a permis d'améliorer les services en langue anglaise au

sein des établissements qui desservent régulièrement une clientèle anglophone, soit les CSSS de Sept-Îles et de la Basse-Côte-Nord et le CPRCN.

Dans le cadre de l'Entente Canada-Québec, trois projets ont été présentés et acceptés pour la région en 2013-2014. Un montant de 34 000 \$ a été octroyé cette année et permettra notamment d'améliorer l'accessibilité aux informations sur les services offerts en langue anglaise en Basse-Côte-Nord, d'assurer une réponse anglophone au service régional Info-Social et de développer les habiletés de la population de langue anglaise quant à la prise en charge de sa santé au CSSS de Sept-Îles.

LES INFORMATIONS FINANCIÈRES

CHAPITRE III



LA SITUATION BUDGÉTAIRE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Équilibre budgétaire

L'équilibre budgétaire des établissements de la région demeure un objectif prioritaire pour l'Agence. Un suivi est effectué tout au cours de l'exercice, en collaboration avec les établissements, pour réaliser cet objectif commun.

Le suivi de la Loi sur l'équilibre budgétaire des établissements publics du réseau de la santé s'effectue sur l'ensemble des activités d'un établissement, réparties dans deux fonds distincts, soit les opérations d'exploitation et celles d'immobilisations. Les données financières qui suivent sont donc présentées en fonction de ce principe. De plus, afin d'être comparable, la présentation des données de l'exercice 2012-2013 a été modifiée en fonction de ce même principe. Pour l'année financière 2013-2014, selon les états financiers vérifiés de l'ensemble des établissements de la région, on observe globalement un déficit de 3 993 821 \$ (au net).

Rappelons que le budget total 2013-2014 des établissements publics de la Côte-Nord se chiffre à 334 876 789 \$. Le déficit régional représente donc 1,2 % du budget total alloué aux établissements de la région.

Le CSSS de l'Hématite et le CPRCN ont respecté le budget qui leur a été accordé en 2013-2014 et ont même terminé l'année en surplus.

Pour ce qui est des établissements présentant un résultat déficitaire en 2013-2014, nous tenons à préciser que deux d'entre eux sont considérés en contrôle budgétaire, puisque leur déficit sera absorbé par leur surplus cumulé. Il s'agit des CSSS de Port-Cartier et de la Basse-Côte-Nord. Les établissements déficitaires doivent produire des plans d'équilibre budgétaire qui seront analysés par l'Agence et approuvés par le MSSS. À travers cette opération, les préoccupations de l'Agence à l'égard du maintien des services à la population demeurent constantes.

Le tableau qui suit témoigne des résultats finaux obtenus pour chaque établissement.

Tableau 26 : Situation budgétaire des établissements

	2013-2014		2012-2013	
	Revenu total (\$)	Résultat (\$)	Revenu total (\$)	Résultat (\$)
CSSS de la Haute-Côte-Nord			22 246 288	(75 179)
CSSS de Manicouagan			84 051 025	(248 528)
CSSS de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan	109 431 004	(262 528)		
CSSS de Port-Cartier	14 631 645	(48 418)	14 291 401	1 333
CSSS de Sept-Îles	82 173 723	(2 590 141)	81 428 393	(1 485 480)
CSSS de la Minganie	25 181 248	(274 644)	24 791 408	(470 254)
CSSS de la Basse-Côte-Nord	33 475 598	(1 062 789)	32 793 972	376 266
CSSS de l'Hématite	9 672 277	26 196	9 244 728	146 970
CLSC Naskapi	5 193 076	(347)	5 160 773	1 435
CPRCN	55 118 218	218 850	55 638 298	1 482 711
TOTAL	334 876 789	(3 993 821)	329 646 286	(270 726)

Fonds régionaux

IMMOBILISATIONS

Les investissements en immobilisations se répartissent en trois volets, soit le maintien d'actifs, la rénovation fonctionnelle et la rénovation fonctionnelle mineure en CHSLD.

Maintien d'actifs

Ce volet concerne les travaux de sécurité, de réparation et de vétusté ayant pour objet la sécurité des personnes et des biens ainsi que la conservation des immeubles. Ces travaux ponctuels sont financés par l'enveloppe régionale récurrente de maintien d'actifs immobiliers. Le maintien d'actifs porte plus particulièrement sur l'architecture extérieure et intérieure du bâtiment, les systèmes électriques et mécaniques ainsi que la conformité aux codes. On entend par déficit d'entretien immobilier, le maintien d'actifs immobiliers qui aurait dû être fait dans le passé si les ressources nécessaires à leur réalisation avaient été allouées.

Pour les projets de maintien d'actifs et de résorption du déficit d'entretien, un montant total de 9 805 087 \$ a été réparti comme suit, pour l'exercice financier 2013-2014.

Tableau 27 : Répartition du volet « maintien d'actifs »

Établissement	Maintien d'actifs Montant (\$)	Résorption du déficit d'entretien Montant (\$)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	511 458	203 828
CSSS de Manicouagan	1 382 650	567 950
CSSS de Port-Cartier	186 858	
CSSS de Sept-Îles	1 197 936	529 443
CSSS de la Minganie	494 447	218 527
CSSS de la Basse-Côte-Nord	1 237 918	547 113
CSSS de l'Hémathite	264 906	117 078
CLSC Naskapi	33 243	
CPRCN	295 745	130 708
Agence	156 849	67 351
Établissements de la Côte-Nord (réserve régionale pour situations d'urgence, imprévus et réalisation d'études techniques)	640 222	1 020 857
TOTAL	6 402 232	3 402 855

Rénovation fonctionnelle

Ce volet touche les travaux de rénovation, de réaménagement, de transformation ou de remplacement visant à améliorer la qualité, l'efficacité et la capacité des services, la création de milieux de vie et de soins ainsi que la diminution des infections nosocomiales.

Pour les projets de rénovation fonctionnelle, un montant de 2 428 457 \$ a été réparti comme suit, pour l'exercice financier 2013-2014.

Tableau 28 : Répartition du volet « rénovation fonctionnelle »

Établissement	Montant (\$)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	100 286
CSSS de Manicouagan	257 299
CSSS de Port-Cartier	44 928
CSSS de Sept-Îles	253 417
CSSS de la Minganie	106 514
CSSS de la Basse-Côte-Nord	271 277
CSSS de l'Hématite	63 694
CLSC Naskapi	7 993
CPRCN	71 109
Agence	37 713
Établissements de la Côte-Nord (réserve pour priorités régionales)	1 214 227
TOTAL	2 428 457

Rénovation fonctionnelle mineure en CHSLD

Ce volet vise les travaux mineurs de rénovation, de réaménagement, de transformation ou de remplacement permettant d'améliorer la qualité, l'efficacité et la capacité des services ainsi que la création de milieux de vie et de soins en CHSLD.

Dans le cadre de ce programme, le MSSS a autorisé un montant de 266 000 \$. En lien avec les recommandations effectuées à la suite des visites d'appréciation en CHSLD, l'Agence a priorisé le projet suivant.

Tableau 29 : Répartition du volet « rénovation fonctionnelle mineure en CHSLD »

Établissement	Projet	Montant (\$)
CSSS de Manicouagan	Augmentation de la capacité en CHSLD à la résidence Boisvert	266 000
TOTAL		266 000

Faits saillants

Le 14 mai 2013, le MSSS confirmait, par communiqué de presse, l'agrandissement et le réaménagement de la résidence Gustave-Gauvreau, rattachée au CSSS de Sept-Îles. Ce projet, dont la réalisation nécessite un investissement de l'ordre de 26,7 millions de dollars, a été provisionné au Plan québécois des infrastructures.

La réalisation de ces travaux permettra d'accueillir 35 personnes qui sont actuellement hébergées dans une unité de soins de l'hôpital. Ce nouvel environnement immobilier sera aussi mis à profit par les équipes de soutien à domicile et des programmes de santé mentale, ce qui entraînera des retombées positives pour les personnes desservies.

Il est prévu que les travaux d'agrandissement et de réaménagement soient complétés d'ici trois ou quatre ans. Ce projet présente l'avantage d'améliorer la qualité de vie des résidents hébergés et de libérer des locaux qui permettront d'améliorer la fonctionnalité de l'établissement.

ÉQUIPEMENTS

Les investissements en équipements se répartissent en deux volets.

Enveloppe de maintien d'actifs 2013-2014

Pour les équipements, on définit le maintien d'actifs comme étant un investissement ponctuel permettant à l'établissement de continuer à offrir le même niveau de services à la population. Concrètement, cette enveloppe permet aux établissements de procéder au remplacement ou au rehaussement du mobilier, ainsi que de l'équipement médical et non médical.

Dans le cadre de son Plan de conservation en équipement et mobilier, le MSSS alloue de façon récurrente, à l'Agence, une enveloppe pour le volet « équipement médical » et une enveloppe pour le volet « équipement non médical et mobilier », visant le maintien du parc de tous les établissements publics de notre région.

Le MSSS a ainsi confirmé, pour 2013-2014, des enveloppes qui sont respectivement de 2 678 016 \$ pour l'équipement médical et de 675 844 \$ pour l'équipement non médical et mobilier.

Conformément aux directives du MSSS, un minimum de 90 % de l'enveloppe pour le volet « équipement médical » et de 95 % pour le volet « équipement non médical et mobilier » doit être distribué aux établissements publics de la région, au prorata de la valeur de remplacement de leurs actifs. Par conséquent, comme il est permis, l'Agence a donc constitué, à même les soldes résiduels de ces deux enveloppes, deux réserves en vue de pourvoir à des problématiques particulières à cet égard.

Les tableaux suivants rendent compte de la répartition entre les établissements.

**Tableau 30 : Répartition de l'enveloppe de maintien d'actifs
Volet « équipement médical »**

Établissement	Montant (\$)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	155 013
CSSS de Manicouagan	774 560
CSSS de Port-Cartier	65 055
CSSS de Sept-Îles	922 472
CSSS de la Minganie	191 457
CSSS de la Basse-Côte-Nord	155 774
CSSS de l'Hémathite	68 271
CLSC Naskapi	15 789
CPRCN	47 728
Établissements de la Côte-Nord (réserve régionale pour situations d'urgence et imprévus)	281 897
TOTAL	2 678 016

**Tableau 31 : Répartition de l'enveloppe de maintien d'actifs
Volet « équipement non médical et mobilier »**

Établissement	Montant (\$)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	51 887
CSSS de Manicouagan	180 816
CSSS de Port-Cartier	30 778
CSSS de Sept-Îles	167 662
CSSS de la Minganie	52 346
CSSS de la Basse-Côte-Nord	44 726
CSSS de l'Hémathite	18 425
CLSC Naskapi	7 839
CPRCN	87 573
Établissements de la Côte-Nord (réserve régionale pour situations d'urgence et imprévus)	33 792
TOTAL	675 844

LOCATION D'ESPACE

Ce programme vise à permettre aux établissements non-proprétaires d'immeubles de disposer d'espace en location pour dispenser des services adéquats à la population. Il permet aussi de financer des travaux d'aménagement ou d'amélioration locative liés à un contrat de location.

Les crédits nécessaires au financement de ces locations sont inclus dans l'enveloppe régionale, laquelle est répartie dans le budget de fonctionnement de chacun des établissements concernés.

Pour satisfaire aux obligations relatives à la location d'espace, un budget de 1 915 078 \$ est nécessaire et il se répartit comme suit.

Tableau 32 : Répartition du budget de location d'espace

Établissement	Point de service et autres (\$)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	106 449
CSSS de Manicouagan	25 693
CSSS de Port-Cartier	29 776
CSSS de Sept-Îles	3 134
CSSS de la Minganie	191 022
CSSS de la Basse-Côte-Nord	109 416
CSSS de l'Hémathite	17 039
CLSC Naskapi	
CPRCN	1 432 549
TOTAL	1 915 078

AUTORISATIONS D'EMPRUNTS

Dans le tableau qui suit figurent les catégories et le nombre d'autorisations d'emprunts temporaires accordés par le MSSS et l'Agence à l'ensemble des établissements publics de la région au 31 mars 2014, de même que les montants totaux autorisés ainsi que les montants réels des emprunts à cette date.

Tableau 33 : Autorisations d'emprunts

Catégorie d'emprunt	Nombre d'autorisations d'emprunts temporaires en vigueur	Montant autorisé au 31 mars 2014 (\$)	Montant réel emprunté au 31 mars 2014 (\$)
Exploitation (autorisé par le MSSS)	5	13 950 000	9 459 909
Immobilisations - projets autofinancés (autorisé par l'Agence)	2	329 816	329 816
Immobilisations - projets autofinancés - économie d'énergie (autorisé par le MSSS)	2	1 656 360	1 656 360
TOTAL		15 936 176	11 446 085

Le montant maximal d'emprunts temporaires que l'Agence peut autoriser pour les dépenses d'immobilisations à la charge du fonds d'exploitation est de 1 210 000 \$ (ce plafond ne concerne pas les projets d'économie d'énergie).

LE RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers de l'Agence ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les normes comptables canadiennes pour le secteur public et les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la LSSSS. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère comme nécessaire en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires, conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

La firme Mallette, comptables agréés, a procédé à l'audit des états financiers de l'Agence, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada, et son rapport de l'auditeur expose l'étendue et la nature de cet audit et l'expression de son opinion. La firme Mallette, comptables agréés, peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Le président-directeur général,

A stylized, handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ivo Di Piazza'.

Ivo Di Piazza

LE RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

MALLETTE

Mallette S.E.N.C.R.L.

229 boulevard La Salle
Baie-Comeau QC G4Z 1S7

Téléphone	418 296-9651
Télécopie	418 296-8454
Courriel	info.bcomo@mallette.ca

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration de
l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent les bilans au 31 mars 2014 et les états des résultats, des soldes de fonds et d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord pour l'exercice terminé le 31 mars 2014. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 6 juin 2014. Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2011-027 (03.01.61.26) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion avec réserves

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord pour l'exercice terminé le 31 mars 2014 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2011-027 (03.01.61.26) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord pour l'exercice terminé le 31 mars 2014.

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserves formulée dans notre rapport daté du 6 juin 2014. Notre opinion avec réserves est fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », du *Manuel de CPA Canada*, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. De plus, le MSSS exige que, lors de l'application initiale de la nouvelle norme de CPA Canada SP 3410- Paiements de transfert, la direction n'a pas redressé les états financiers des exercices antérieurs. Ceci a pour effet de comptabiliser uniquement les paiements de transfert ayant fait l'objet d'un vote des crédits annuels par l'Assemblée nationale. Cette situation constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, puisque les revenus de transfert assortis de critères d'admissibilité mais non assortis de stipulations doivent être comptabilisés lorsque le transfert est autorisé et que tous les critères d'admissibilité sont atteints. Les incidences de ces dérogations aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2014 et 2013 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Notre opinion avec réserves indique que, à l'exception des incidences des problèmes décrits, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord au 31 mars 2014 ainsi que des résultats de ses activités pour l'exercice terminé à cette date.

Mallette S.E.N.C.R.L.

Mallette S.E.N.C.R.L.
Société de comptables professionnels agréés

Baie-Comeau, Canada
le 10 juillet 2014

¹CPA auditrice, CA, permis de comptabilité publique n° 105323

MALLETTE

L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Description des réserves, commentaires et observations 1	Année 20XX-XX 2	Nature (R, O ou C) 3	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée 4	État de la problématique au 31 mars 2014		
				R 5	PR 6	NR 7
Signification des codes :						
Colonne 3 :			Colonnes 5, 6 et 7 :			
R pour réserve			R pour réglée			
O pour observation			PR pour partiellement réglée			
C pour commentaire			NR pour non réglée			

Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers et autres informations financières						
Contrat de location-exploitation de l'immeuble de la SQI	2010-11	R	Aucune, car directive du MSSS			NR

Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant						

Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou visés à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres						

Rapport à la gouvernance						

LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

RÉSULTATS

FONDS D'EXPLOITATION

Exercice terminé le 31 mars 2014 - AUDITÉE

		Budget de fonctionnement 1	Activités principales		Activités accessoires	
			Exercice courant 2	Exercice précédent 3	Exercice courant 4	Exercice précédent 5
REVENUS DE SUBVENTION DU MSSS						
■ Budget signifié	01	5 654 699	5 804 757	5 929 728	76 858	83 664
■ (Diminution) ou augmentation du financement	02	276 162	97 941	301 346	20 000	440
■ Variation des revenus reportés - MSSS	03				(20 000)	39 268
■ Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	04			17 510		
TOTAL DES SUBVENTIONS DU MSSS (L.01 à L.04)	05	5 930 861	5 902 698	6 248 584	76 858	123 372
AUTRES REVENUS						
Revenus de placements	06	23 000	33 555	28 593		
Revenus de type commercial	07		XXXX	XXXX		
Revenus d'autres sources						
■ Ventes de services et recouvrements	08	101 358	101 162	92 892		
■ Subventions - Gouvernement du Canada	09					
■ Autres revenus	10	310 424	350 243	367 427	161 581	167 490
TOTAL DES REVENUS (L.05 à L.10)	11	6 365 643	6 387 658	6 737 496	238 439	290 862
CHARGES						
Salaires	12	3 630 484	3 156 658	3 310 587	109 792	112 040
Avantages sociaux	13	666 531	1 011 255	1 042 212	25 835	36 999
Charges sociales	14	467 000	442 486	461 393	14 387	16 637
Frais de déplacement et représentation	15	168 967	182 528	160 231	XXXX	XXXX
Services achetés	16	522 070	483 064	578 848	78 962	74 480
Publicité et communication	17	148 576	107 060	109 451		644
Loyers	18	386 451	315 369	360 495		
Location d'équipement	19	19 300	13 507	9 707		556
Fournitures de bureau	20	41 703	60 130	28 850	452	1 186
Dépenses de transfert	21		1 717			39 268
Entretien et réparations	22	188 374	74 825	57 803	395	
Frais financiers	23					
Créances douteuses	24					
Autres charges	25	335 629	15 817	109 565	8 616	9 052
Charges extraordinaires	26		XXXX	XXXX	1 953	2 051
TOTAL DES CHARGES (L.12 à L.26)	27	6 575 085	5 864 416	6 229 142	240 392	292 913
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.11 - L.27)	28	(209 442)	523 242	508 354	(1 953)	(2 051)
Renseignements à titre informatif						
Contributions de l'avoir propre	29	379 722				
Transferts interfonds - En provenance						
■ de fonds affectés	30				XXXX	XXXX
■ du fonds des activités régionalisées	31				XXXX	XXXX
■ du fonds de stationnement	32					
Transferts interfonds - Affectations						
■ au fonds d'immobilisations	33	(117 500)	(92 335)	(53 755)		
■ au fonds de stationnement	34		XXXX	XXXX		
■ à d'autres fonds	35		(30 000)	(30 000)		
Surplus (Déficit) après contributions et transferts interfonds (L.28 à L.35)	36	52 780	400 907	424 599	(1 953)	(2 051)

RÉSULTATS

FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES

Exercice terminé le 31 mars 2014 - AUDITÉE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
Crédits régionaux destinés aux établissements	01	5 138 916	3 739 800
Variation des revenus reportés - MSSS	02	(1 418 377)	(532 689)
Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	03		
FINESSS	04		
Contributions des établissements	05		
Revenus de placements	06	28 940	27 322
Revenus d'autres sources			
▪ Ventes de services et recouvrements	07	4 960	7 710
▪ Subventions - Gouvernement du Canada	08		
▪ Autres revenus	09	110 252	184 666
TOTAL DES REVENUS (L.01 à L.09)	10	3 864 691	3 426 809
CHARGES			
Salaires	11	1 332 099	1 357 237
Avantages sociaux	12	259 497	280 199
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS)	13	68 411	70 424
Charges sociales - Autres	14	112 675	120 751
Frais de déplacement et de représentation	15	83 035	96 187
Services achetés	16	945 021	532 451
Publicité et communication	17	29 153	28 378
Loyers	18		
Dépenses de transfert	19	141 153	68 621
Fournitures de bureau	20	22 660	13 673
Entretien et réparations	21	26 852	35 843
Créances douteuses	22		
Autres charges	23	3 329	117 374
TOTAL DES CHARGES (L.11 à L.23)	24	3 023 885	2 721 138
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.10 - L.24)	25	840 806	705 671
Renseignements à titre informatif seulement			
Contributions de l'avoir propre	26		
Transferts interfonds - En provenance			
▪ du fonds d'exploitation	27	30 000	30 000
▪ du fonds des activités régionalisées	28		13 493
▪ de fonds affectés	29	24 500	23 831
Transferts interfonds - Affectations			
▪ au fonds d'exploitation	30		
▪ au fonds des activités régionalisées	31		(13 493)
▪ à des fonds affectés	32		
▪ au fonds d'immobilisations	33	(692 817)	(444 039)
Autres transferts interfonds	34		
Surplus (Déficit) de l'exercice, après contributions de l'avoir propre et transferts interfonds (L.25 à L.34)	35	202 489	315 463

RÉSULTATS

FONDS D'IMMOBILISATIONS

Exercice terminé le 31 mars 2014 - AUDITÉE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
Ministère de la Santé et des Services sociaux			
▪ Subvention pour le remboursement de la dette-capital	01	397 431	1 786 113
▪ Subvention pour le remboursement de la dette-intérêts	02	688 156	920 396
▪ Autres subventions	03		(8 254)
Revenus de placements	04		
Gains sur dispositions d'immobilisations	05		
Revenus d'autres sources			
▪ Subventions - Gouvernement du Canada	06		
▪ Contributions et dons	07		
▪ Autres revenus	08		
TOTAL DES REVENUS (L.01 à L.08)	09	1 085 587	2 698 255
CHARGES			
Frais financiers			
▪ Intérêts sur emprunts temporaires et sur la dette	10	689 663	923 520
▪ Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11		
▪ Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	12	3 857	2 630
Dépenses d'immobilisations non capitalisées			
▪ Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13		
▪ Services achetés	14	88 012	158 781
▪ Entretien et maintien des actifs	15	13 291	11 185
▪ Autres charges non capitalisées	16		
Amortissement des immobilisations	17	820 113	733 675
Pertes sur dispositions d'immobilisations	18		
TOTAL DES CHARGES (L.10 à L.18)	19	1 614 936	1 829 791
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.09 - L.19)	20	(529 349)	868 464
Renseignements à titre informatif seulement			
Contributions en provenance du			
▪ Fonds d'exploitation - Activités principales	21	92 335	53 755
▪ Fonds d'exploitation - Activités accessoires complémentaires	22		
▪ Fonds d'exploitation - Activités accessoires commerciales	23		
▪ Fonds des activités régionalisées	24	692 817	444 039
▪ Fonds affectés	25	13 140	11 772
▪ Fonds de stationnement	26		
Contributions affectées à d'autres fonds	27		
Surplus (Déficit) de l'exercice, après contributions et affectations interfonds (L.20 à L.27)	28	268 943	1 378 030

RÉSULTATS

FONDS AFFECTÉS CUMULÉS

Exercice terminé le 31 mars 2014 - AUDITÉE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
Subventions MSSS	01	16 057 053	15 427 579
Crédits régionaux	02		45 500
Variation des revenus reportés - MSSS et FINESSS	03	(38 565)	(45 500)
Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	04		
FINESSS	05	1 140 607	1 128 149
Revenus de placements	06	29 505	34 685
Revenus d'autres sources			
▪ Subventions - Gouvernement du Canada	07		
▪ Autres revenus	08	1 729 869	2 055 528
TOTAL DES REVENUS (L.01 à L.08)	09	18 918 469	18 645 941
CHARGES			
Dépenses de transfert	10	17 551 501	17 160 358
	11	XXXXX	XXXXX
Frais financiers	12		
Charges d'exploitation			
Salaires	13	138 310	197 580
Avantages sociaux	14	13 951	20 611
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS)	15	2 603	5 407
Charges sociales - Autres	16	4 953	9 999
Frais de déplacement et de représentation	17	9 412	13 722
Services achetés	18	40 436	84 964
Location d'équipement	19	794	
Fournitures de bureau	20	7 511	186
Autres charges	21	1 299 496	1 368 780
TOTAL DES CHARGES (L.10 à L.21)	22	19 068 967	18 861 607
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.09 - L.22)	23	(150 498)	(215 666)

SOLDE DE FONDS

FONDS D'EXPLOITATION

Exercice terminé le 31 mars 2014 - AUDITÉE

		Activités ① principales 1	Avoir propre 2	Exercice courant (C.1 + C.2) 3	Exercice précédent 4
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	785 230	396 340	1 181 570	729 244
ACTIVITÉS PRINCIPALES					
Surplus (Déficit) de l'exercice des activités principales (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	02	523 242		523 242	508 354
Transferts interfonds - En provenance					
▪ de fonds affectés	03	xxxx			
▪ du fonds des activités régionalisées	04	xxxx			
▪ du fonds de stationnement	05	xxxx			
Transferts interfonds - Affectations					
▪ au fonds d'immobilisations ①	06		(92 335)	(92 335)	(53 755)
▪ à d'autres fonds Techno.	07	xxxx	(30 000)	(30 000)	(30 000)
ACTIVITÉS ACCESSOIRES					
Surplus (Déficit) de l'exercice des activités accessoires (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	08	xxxx	(1 953)	(1 953)	(2 051)
Transferts interfonds - En provenance					
▪ du fonds de stationnement	09	xxxx			
Transferts interfonds - Affectations					
▪ au fonds d'immobilisations	10	xxxx			
▪ au fonds de stationnement	11	xxxx			
▪ à d'autres fonds	12	xxxx			
AUTRES ÉLÉMENTS					
▪ Libération de surplus	13	(247 098)	247 098		
▪ Contributions de l'avoir propre aux autres fonds	14	xxxx			
▪ Autres corrections	15				29 778
Variation de l'exercice (L.02 à L.15)	16	276 144	122 810	398 954	452 326
Redressements demandés par le MSSS	17				
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.16 + L.17)	18	1 061 374	519 150	1 580 524	1 181 570

① Exceptionnellement pour les fins de reports, lorsque l'Agence n'a pas transféré les économies liées aux projets d'investissement financés par les activités principales des exercices antérieurs, elle doit les inscrire aux activités principales de l'exercice courant à la ligne 06.

SOLDE DE FONDS

FONDS D'IMMOBILISATIONS
FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES

Exercice terminé le 31 mars 2014 - AUDITÉE

		Fonds d'immobilisations		Fonds des activités régionalisées	
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	1 378 030		1 363 083	732 156
Surplus (Déficit) de l'exercice (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	02	(529 349)	868 464	840 806	705 671
Transferts interfonds - En provenance					
▪ du fonds d'exploitation	03	92 335	53 755	30 000	30 000
▪ du fonds des activités régionalisées	04	692 817	444 039		13 493
▪ de fonds affectés	05	13 140	11 772	24 500	23 831
▪ du fonds de stationnement	06			XXXX	XXXX
Transferts interfonds - Affectations					
▪ au fonds d'exploitation	07				
▪ au fonds des activités régionalisées	08				(13 493)
▪ à des fonds affectés	09				
▪ au fonds d'immobilisations	10	XXXX	XXXX	(692 817)	(444 039)
Autres transferts interfonds	11				
Contribution de l'avoir propre	12				
Autres additions (déductions)	13				
Variation de l'exercice (L.02 à L.13)	14	268 943	1 378 030	202 489	315 463
Redressements	15				315 464
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.14 + L.15)	16	1 646 973	1 378 030	1 565 572	1 363 083

SOLDE DE FONDS

FONDS AFFECTÉS CUMULÉS

Exercice terminé le 31 mars 2014 - AUDITÉE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	1 556 843	1 808 112
Additions (déductions)			
Surplus (Déficit) de l'exercice	02	(150 498)	(215 666)
Transferts interfonds - En provenance			
▪ du fonds d'exploitation	03		
▪ du fonds des activités régionalisées	04		
▪ de fonds affectés	05		
Transferts interfonds - Affectations			
▪ au fonds d'exploitation	06		
▪ au fonds des activités régionalisées	07	(24 500)	(23 831)
▪ à d'autres fonds affectés	08		
▪ au fonds d'immobilisations	09	(13 140)	(11 772)
Autres transferts interfonds	10		
Autres additions (déductions)	11		
Variation de l'exercice (L.02 à L.11)	12	(188 138)	(251 269)
Redressements	13		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.12 + L.13)	14	1 368 705	1 556 843

BILAN

FONDS D'EXPLOITATION
FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES

Exercice terminé le 31 mars 2014 - AUDITÉE

		Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
ACTIF					
Encaisse	01	2 476 493	1 850 545	3 587 439	2 177 555
Placements temporaires	02				
Débiteurs					
▪ MSSS	03	57 907	188 815	1 149 569	3 890 802
▪ FINESSS	04	XXXX	XXXX		
▪ Établissements publics	05	41 727	8 460	211 667	178 114
▪ Gouvernement du Canada	06				
▪ Créances interfonds	07			17 487	
▪ Autres débiteurs	08	93 792	217 449	612 819	53 275
Frais payés d'avance	09	37 950	40 937	20 197	52 652
Stocks de fournitures	10		19 931		
Subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	11	737 891	739 372	59 636	59 636
Autres éléments d'actif	12				
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.12)	13	3 445 760	3 065 509	5 658 814	6 412 034
PASSIF					
Découvert bancaire	14				
Emprunts temporaires	15				
Intérêts courus à payer	16				
Créditeurs et autres charges à payer					
▪ MSSS	17				
▪ Établissements publics	18	7 097	19 356	657 880	5 408
▪ Dettes interfonds	19	17 487		692 908	450 865
▪ Salaires courus à payer	20	456 111	461 147	17 338	18 014
▪ Fonds des services de santé (FSS) à payer	21	19 664	19 393		
▪ Autres créditeurs et charges à payer	22	477 517	448 340	336 658	32 974
Passif au titre des avantages sociaux futurs	23	701 857	769 330	178 272	164 078
Revenus reportés - Gouvernement du Canada	24				
Autres revenus reportés	25	185 503	166 373	2 210 186	4 377 612
Dettes à long terme	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments de passif	27				
TOTAL DU PASSIF (L.14 à L.27)	28	1 865 236	1 883 939	4 093 242	5 048 951
SOLDE DE FONDS	29	1 580 524	1 181 570	1 565 572	1 363 083
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.28 + L.29)	30	3 445 760	3 065 509	5 658 814	6 412 034

BILAN

FONDS D'IMMOBILISATIONS

Exercice terminé le 31 mars 2014 - AUDITÉE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF			
Encaisse	01		
Placements temporaires	02		
Avances de fonds aux agences et aux établissements publics	03	8 818 443	9 511 839
Débiteurs			
▪ MSSS	04	309 963	516 680
▪ Gouvernement du Canada	05		
▪ Créances interfonds	06	692 908	100 865
▪ Autres débiteurs	07		
Frais payés d'avance	08		
Immobilisations	09	2 560 645	2 480 937
Subvention à recevoir - Réforme comptable	10	17 727 532	20 016 670
Frais reportés liés aux dettes	11	84 729	57 917
Autres éléments d'actif	12		
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.12)	13	30 194 220	32 684 908
PASSIF			
Découvert bancaire	14		7 631
Emprunts temporaires	15	8 997 949	9 739 057
Intérêts courus à payer	16	109 963	116 681
Créditeurs et autres charges à payer			
▪ MSSS	17		
▪ Dettes interfonds	18		
▪ Salaires courus à payer	19		
▪ Fonds des services de santé (FSS) à payer	20		
▪ Autres créditeurs et charges à payer	21		
Passif au titre des avantages sociaux futurs	22		
Avances de fonds des agences et des établissements publics	23		
Revenus reportés - Gouvernement du Canada	24		
Autres revenus reportés	25	792 040	400 000
Passifs environnementaux	26		
Dettes à long terme	27	18 647 295	21 043 509
Autres éléments de passif	28		
TOTAL DU PASSIF (L.14 à L.28)	29	28 547 247	31 306 878
SOLDE DE FONDS	30	1 646 973	1 378 030
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.29 + L.30)	31	30 194 220	32 684 908

BILAN**FONDS AFFECTÉS CUMULÉS**

Exercice terminé le 31 mars 2014 - AUDITÉE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF			
Encaisse	01	1 904 896	2 036 245
Placements temporaires	02		
Débiteurs			
▪ MSSS	03	237 343	237 584
▪ FINESSS	04		
▪ Établissements publics	05		
▪ Gouvernement du Canada	06		
▪ Créances interfonds	07		350 000
▪ Autres débiteurs	08	11 664	43 390
Frais payés d'avance	09		
Subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	10	9 598	9 598
Placements de portefeuilles	11		
Autres éléments d'actif	12		
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.12)	13	2 163 501	2 676 817
PASSIF			
Découvert bancaire	14		
Emprunts temporaires	15		
Intérêts courus à payer	16		
Créditeurs et autres charges à payer			
▪ Établissements publics	17	287 546	279 995
▪ Organismes	18		1 231
▪ Dettes interfonds	19		
▪ Salaires courus à payer	20	198	382
▪ Fonds des services de santé (FSS) à payer	21		
▪ Autres créditeurs et charges à payer	22	337 347	687 323
Passif au titre des avantages sociaux futurs	23	6 474	10 458
Revenus reportés - MSSS	24	150 288	111 723
Revenus reportés - Gouvernement du Canada	25		
Autres revenus reportés	26	12 943	28 862
Autres éléments de passif	27		
TOTAL DU PASSIF (L.14 à L.27)	28	794 796	1 119 974
SOLDE DE FONDS	29	1 368 705	1 556 843
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.28 + L.29)	30	2 163 501	2 676 817

ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS

Exercice terminé le 31 mars 2014 - AUDITÉE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ENVELOPPE RÉGIONALE			
■ Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2013-2014 inscrit dans le système SBF-R	01	309 436 307	302 986 875
AFFECTATIONS DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE			
■ Allocations aux établissements	02	276 714 843	271 446 077
■ Allocations aux organismes communautaires	03	11 448 532	10 657 401
■ Allocations à d'autres organismes excluant ligne 02 et ligne 03	04	659 829	334 105
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrit au système SBF-R (L.02 à L.04)	05	288 823 204	282 437 583
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact sur l'enveloppe régionale finale	06	19 590 931	18 533 734
Autres montants des allocations affectées			
Programme d'externat en soins infirmiers OIIQ	07		5 700
	08		
	09		
TOTAL - AFFECTATIONS DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE (L.05 à L.09)	10	308 414 135	300 977 017
SURPLUS DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE SUR LES AFFECTATIONS AVANT PRÉVISION DES COMPTES À PAYER (L.01 - L.10)			
	11	1 022 172	2 009 858
COMPTES À PAYER INSCRITS EN FIN D'EXERCICE DANS LE SYSTÈME SBF-R			
Pour les établissements publics			
■ Comptes à payer signifiés	12	63 554	(381 094)
■ Comptes à payer non signifiés	13		
Pour les organismes autres que les établissements publics			
■ Comptes à payer signifiés	14	635 911	1 986 496
■ Comptes à payer non signifiés	15		
TOTAL - COMPTES À PAYER INSCRITS EN FIN D'EXERCICE DANS LE SYSTÈME SBF-R (L.12 à L.15)	16	699 465	1 605 402
COMPTES À FIN DÉTERMINÉE REPORTÉS À L'ENVELOPPE RÉGIONALE DE L'EXERCICE SUBSÉQUENT			
	17	322 706	
SURPLUS DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE SUR LES AFFECTATIONS (L.11 - L.16 - L.17)			
	18	1	404 456

Notes aux états financiers pour l'exercice terminé le 31 mars 2014

NOTE 1 - STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord a été constituée le 1^{er} janvier 2006 en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la LSSSS (chapitre S-4.2). Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

Le siège social de l'Agence est situé à Baie-Comeau (691, rue Jalbert).

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

NOTE 2 - DESCRIPTION DES PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES

Référentiel comptable

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception de l'élément suivant :

- ✕ Les immeubles loués auprès de la Société québécoise des infrastructures (autrefois la Société immobilière du Québec) sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation numéro 2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard des montants de l'actif et du passif comptabilisés, sur la présentation d'éléments d'actifs et de passifs éventuels ainsi que sur les montants des revenus et des charges comptabilisés.

Les principaux éléments pour lesquels la direction a établi des estimations et formulé des hypothèses sont la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir - réforme comptable et le passif au titre des avantages sociaux futurs.

Au moment de la préparation du rapport financier annuel, la direction considère que les estimations et les hypothèses sont raisonnables. Cependant, les résultats réels pourraient différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Ainsi, les opérations et les faits sont comptabilisés au moment où ils se produisent, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement.

Périmètre comptable

Le périmètre comptable de l'Agence comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie détenus.

L'organisme Corélo inc. fait partie du périmètre comptable de l'Agence, mais n'est pas consolidé. Le détail se retrouve à la note 11.

Revenus

Les subventions gouvernementales du Québec et du Canada, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et que l'agence bénéficiaire a rencontré tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'agence bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'agence bénéficiaire qui donnent lieu à une obligation répondant à la définition de passif à la date des états financiers, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passées aux résultats au fur et à mesure que l'agence bénéficiaire rencontre les stipulations.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissements voté annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement.

Les sommes en provenance d'une entité hors périmètre comptable gouvernemental sont constatées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles ne soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que les dites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement provincial ou fédéral, ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu, sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Dépenses de transfert

Les dépenses de transfert octroyées, payées ou à payer sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'agence cédant les a dûment autorisées, en fonction des règles de gouvernance, et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

Les critères d'admissibilité de tout paiement de transfert versé d'avance sont réputés être respectés à la date des états financiers. Ils sont donc constatés à titre de charge de l'exercice.

Salaires

Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatées dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont engagées, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement.

En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux dépenses de l'exercice.

Charges inhérentes aux ventes de services

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaler les montants des revenus correspondants.

Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses.

La dépense pour créances douteuses de l'exercice est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

Prêts interfonds

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Créditeurs et autres charges à payer

Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus doit être comptabilisé aux créditeurs et autres charges à payer.

Passifs environnementaux

Les obligations découlant de la réhabilitation de terrains contaminés sous la responsabilité de l'Agence, ou pouvant de façon probable relever de sa responsabilité, sont comptabilisées à titre de passifs environnementaux dès que la contamination survient ou dès qu'elle en est informée.

Les passifs environnementaux comprennent les coûts estimatifs de la gestion et de la réhabilitation des terrains contaminés. L'évaluation de ces coûts est établie à partir de la meilleure information disponible et est révisée annuellement. La variation annuelle est constatée aux résultats de l'exercice.

Relativement à ces obligations, l'Agence comptabilise une subvention à recevoir du gouvernement du Québec, ce dernier ayant signifié sa décision de financer les coûts des travaux de réhabilitation des terrains contaminés existants au 31 mars 2008 et inventoriés au 31 mars 2011, de même que leurs variations survenues au cours des exercices de 2011-2012 à 2013-2014.

Pour les terrains non répertoriés au 31 mars 2011, l'agence concernée doit comptabiliser ses passifs environnementaux après avoir préalablement obtenu une autorisation du MSSS ainsi qu'une subvention à recevoir de celui-ci.

Les passifs environnementaux sont présentés au fonds d'immobilisations. L'Agence n'a aucun passif environnemental.

Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement, de l'escompte ou de la prime.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'Agence à son rapport financier annuel.

Avantages sociaux futurs

Les obligations à long terme découlant des congés de maladie et de vacances accumulés, de congé parental et d'assurance salaire sont comptabilisées dans les passifs au titre des avantages sociaux futurs.

Régime de retraite

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès.

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Immobilisations

Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût. Le coût comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement.

Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis :

Catégorie	Durée (avant le 1 ^{er} avril 2008)	Durée (après le 1 ^{er} avril 2009)
Améliorations locatives	10 ans	Durée restante du bail (maximum 10 ans)
Développement informatique	5 ans	5 ans
Équipement informatique	3 ans	3 ans
Machinerie, mobilier et équipement	10 ans	Sans objet
Mobilier et équipement de bureau	5 ans	5 ans
Équipement de communication multimédia	Sans objet	5 ans
Autres équipements : autre mobilier, équipement médical et de transport	Sans objet	12 ans, 15 ans

Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service.

Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des déboursés effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice en cours duquel ils sont consommés.

Amortissement des frais reportés liés aux dettes

Selon la pratique actuelle, les frais reportés liés aux dettes sont amortis selon la méthode du taux linéaire. Cependant, selon le chapitre SP 3450 Instruments financiers, la méthode du taux effectif aurait dû être utilisée.

L'amortissement des frais d'émission des dettes selon la méthode du taux effectif est sans impact important sur les résultats d'opération et la situation financière.

Comptabilité par fonds

Les agences appliquent également la comptabilité par fonds. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs. La comptabilité des agences est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

- ✕ Le fonds d'exploitation : Regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires).
- ✕ Le fonds d'immobilisations : Regroupe les opérations relatives aux immobilisations, aux passifs environnementaux, aux dettes à long terme et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations. Les immobilisations acquises pour les activités régionalisées et pour les activités des fonds affectés de l'Agence sont inscrites directement au fonds d'immobilisations de l'Agence. De plus, les dépenses non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisations.

- ✱ Le fonds des activités régionalisées : Fonds regroupant les opérations de l'Agence relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiées par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs. Le financement de ces opérations est assuré principalement à partir de crédits normalement destinés aux établissements et gérés sur une base régionale et par les établissements concernés.
- ✱ Les fonds affectés : Fonds constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.
- ✱ Le fonds de santé au travail : Fonds regroupant les activités reliées à la mise en application des programmes de santé au travail élaborés par la CSST. Ces programmes visent à maintenir et à promouvoir la santé en milieu de travail. Le financement du fonds est constitué des subventions de la CSST et les activités sont réalisées par l'équipe régionale et les équipes locales.

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts de et à un autre fonds sont comptabilisés directement au solde de fonds des fonds concernés.

Dans le cas du fonds d'exploitation, du fonds des activités régionalisées et du fonds d'immobilisations, ils sont toutefois tenus en compte pour fins de présentation à l'état des résultats de manière à démontrer les résultats avant et après les transferts. Par la suite, ils sont présentés au solde du fonds des fonds concernés.

Classification des activités

La classification des activités d'une agence tient compte des services qu'elle peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

Activités principales

Les activités principales regroupent les opérations qui découlent des fonctions que l'Agence est appelée à exercer et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission.

Activités accessoires

Les activités accessoires comprennent les fonctions qu'une agence exerce dans la limite de ses pouvoirs en sus de ses activités principales.

Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial.

Les activités accessoires complémentaires regroupent les opérations qui, tout en constituant un apport au réseau de la santé et des services sociaux, découlent des fonctions additionnelles exercées par l'Agence en sus des fonctions confiées à l'ensemble des agences.

Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les opérations de nature commerciale, non reliées directement à l'exercice des fonctions confiées aux agences.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, les charges engagées par l'Agence dans le cadre du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées sont regroupées dans des centres d'activités. Chacun de ceux-ci est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'Agence.

Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

L'avoir propre d'une agence ne peut être utilisé que pour les fins de la réalisation de la mission selon l'article 269.1 de la LSSSS (chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation du MSSS.

L'utilisation de l'avoir propre ne doit pas avoir pour effet de rendre son solde déficitaire.

NOTE 3 - MODIFICATIONS COMPTABLES

Subvention à recevoir sur les dettes financées par le gouvernement - Réforme comptable

La subvention à recevoir - réforme comptable fait l'objet d'estimations comptables. Au cours de l'exercice, la méthode de calcul utilisée a été révisée relativement à l'ajustement à la subvention à recevoir pour le financement des immobilisations.

Cette modification comptable appliquée prospectivement n'a eu aucun effet sur les postes suivants :

- ✖ Subvention à recevoir - MSSS
- ✖ Passifs au titre des avantages sociaux futurs
- ✖ Charges - Avantages sociaux
- ✖ Subventions - MSSS

NOTE 4 - DONNÉES BUDGÉTAIRES

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) sont préparées selon les mêmes conventions comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 11 juin 2013.

NOTE 5 - INSTRUMENTS FINANCIERS

En vertu de la LSSSS, le MSSS détermine le format du rapport financier annuel applicable aux agences. Pour l'exercice terminé le 31 mars 2014, le MSSS a convenu de ne pas inclure le nouvel état financier requis, puisqu'il estime peu ou non probable qu'une entité du réseau de la santé et des services sociaux détienne des instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposées par la LSSSS en ce sens, et par le fait que les données financières de l'agence

concernée sont consolidées dans les états financiers du gouvernement du Québec, lequel n'applique pas la norme sur les instruments financiers.

L'Agence ne détient pas au 31 mars 2014 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et, par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

NOTE 6 - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES AUX RISQUES FINANCIERS

L'Agence est exposée à divers risques par le biais de ses instruments financiers. La direction a mis en place des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels.

Risque de liquidité

Le risque de liquidité est défini comme étant le risque que l'Agence ne puisse pas satisfaire à ses obligations financières lorsqu'elles viennent à échéance. L'Agence gère ce risque en tenant compte de ses besoins opérationnels. L'Agence établit des prévisions budgétaires et un suivi budgétaire rigoureux afin de s'assurer d'atteindre ses obligations financières.

Risque lié aux taux d'intérêts

L'Agence utilise des emprunts bancaires à taux variable et assume des emprunts à long terme comportant des taux d'intérêts fixes. Conséquemment, pour le taux d'intérêt variable, elle encourt un risque d'intérêt en fonction de la fluctuation du taux d'intérêt des acceptations bancaires. Les intérêts sont remboursés par le MSSS, ce qui implique qu'une variation du taux d'intérêt n'aurait aucune incidence sur les résultats et la situation financière de l'Agence. La même situation s'applique aux dettes à long terme.

Risque de crédit

L'Agence accepte de facturer certains recouvrements de charges et services à des clients. Un suivi rigoureux des recevables est fait mensuellement.

NOTE 7 - MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

En vertu de l'article 387 de la LSSSS (chapitre S-4.2), une agence doit maintenir l'équilibre entre ses prévisions budgétaires de revenus et ses dépenses.

Selon les résultats fournis à la page 200 du rapport financier annuel AS-475 pour l'exercice clos le 31 mars 2014, l'Agence a respecté cette obligation légale.

NOTE 8 - EMPRUNT BANCAIRE

Au 31 mars, l'Agence dispose d'une marge de crédit autorisée d'un montant maximal de 30 000 000 \$ (2013 : 30 000 000 \$) auprès de Financement Québec, à la moyenne des taux d'acceptations bancaires d'un mois d'échéance majoré de 0,05 %. Au 31 mars 2014, le solde utilisé est de 0 \$ (2013 : 0 \$).

De plus, l'Agence dispose d'une facilité de crédit au montant de 20 000 000 \$ (2013 : 20 000 000 \$) auprès d'une institution financière au taux variant entre le taux préférentiel et le taux des acceptations bancaires majoré de 0,30 %, garanti par le MSSS, dont 9 014 307 \$ sont utilisés en date du 31 mars 2014 (2013 : 9 746 688 \$).

La convention de crédit a été renégociée en date du 19 mars 2013.

NOTE 9 - ÉVENTUALITÉS

L'Agence et le CSSS de la Basse-Côte-Nord ont reçu des réclamations de la part de deux médecins et leur famille et d'un dentiste, leur reprochant d'avoir causé la fin de leurs contrats d'emploi. Les réclamations à ce jour totalisent 2 805 000 \$. À la date de préparation des états financiers, la direction estime qu'il n'y a aucune responsabilité ou somme qui serait due en vertu de cette réclamation.

NOTE 10 - OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

NOTE 11 - ORGANISME NON CONSOLIDÉ SOUS CONTRÔLE DE L'AGENCE

L'Agence contrôle l'organisme Corélo inc. Cet organisme a pour mission de construire, acquérir, posséder, améliorer, administrer et aliéner des immeubles et biens meubles servant aux personnes oeuvrant et bénéficiant de services dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord. L'organisme est constitué en vertu de la partie III de la Loi sur les compagnies du Québec et est un organisme sans but lucratif au sens de la Loi de l'impôt sur le revenu.

L'Agence, conformément aux statuts de l'organisme, nomme tous les membres du conseil d'administration, ratifie tous les règlements de l'organisme, autorise l'aliénation des biens ainsi que toute construction, achat ou vente d'immeubles et elle est le bénéficiaire du reliquat en cas de dissolution de l'organisme sauf si un organisme exerçant une activité analogue est créé.

L'organisme n'a pas été consolidé dans le rapport financier annuel de l'Agence. Les états financiers vérifiés de l'organisme sont disponibles sur demande. Les états financiers condensés de cette entité non consolidée aux 31 mars 2014 et 2013 et pour les exercices terminés à ces dates sont les suivants :

Situation financière

Actif à court terme
Actif à long terme

Passif à court terme
Passif à long terme

Actifs nets

Résultats des activités

Produits provenant des établissements
Autres produits

Total des charges d'opération
Gain (perte) sur cession d'immobilisations corporelles
Excédent des produits sur les charges

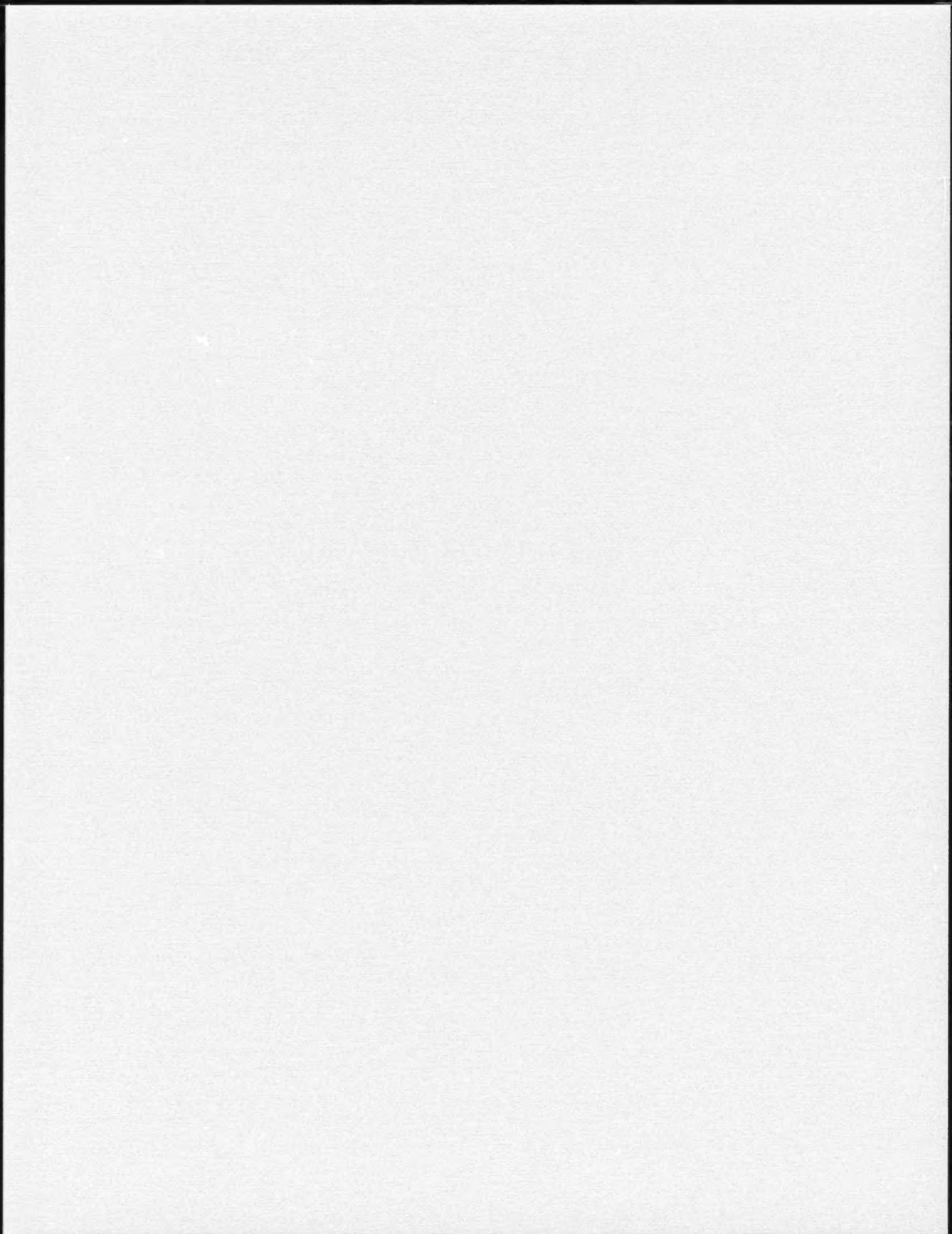
Évolution des actifs nets

Solde de début
Excédent des produits sur les charges

2014	2013
2 450 621	2 559 411
11 742 973	12 292 102
14 193 594	14 851 513
962 096	1 481 783
6 527 858	7 244 661
7 489 954	8 726 444
6 703 640	6 125 069
14 193 594	14 851 513
3 033 904	3 124 817
151 506	151 628
3 185 410	3 276 445
2 604 801	2 452 708
(2 038)	30 337
578 571	854 074
6 125 069	5 270 995
578 571	854 074
6 703 640	6 125 069

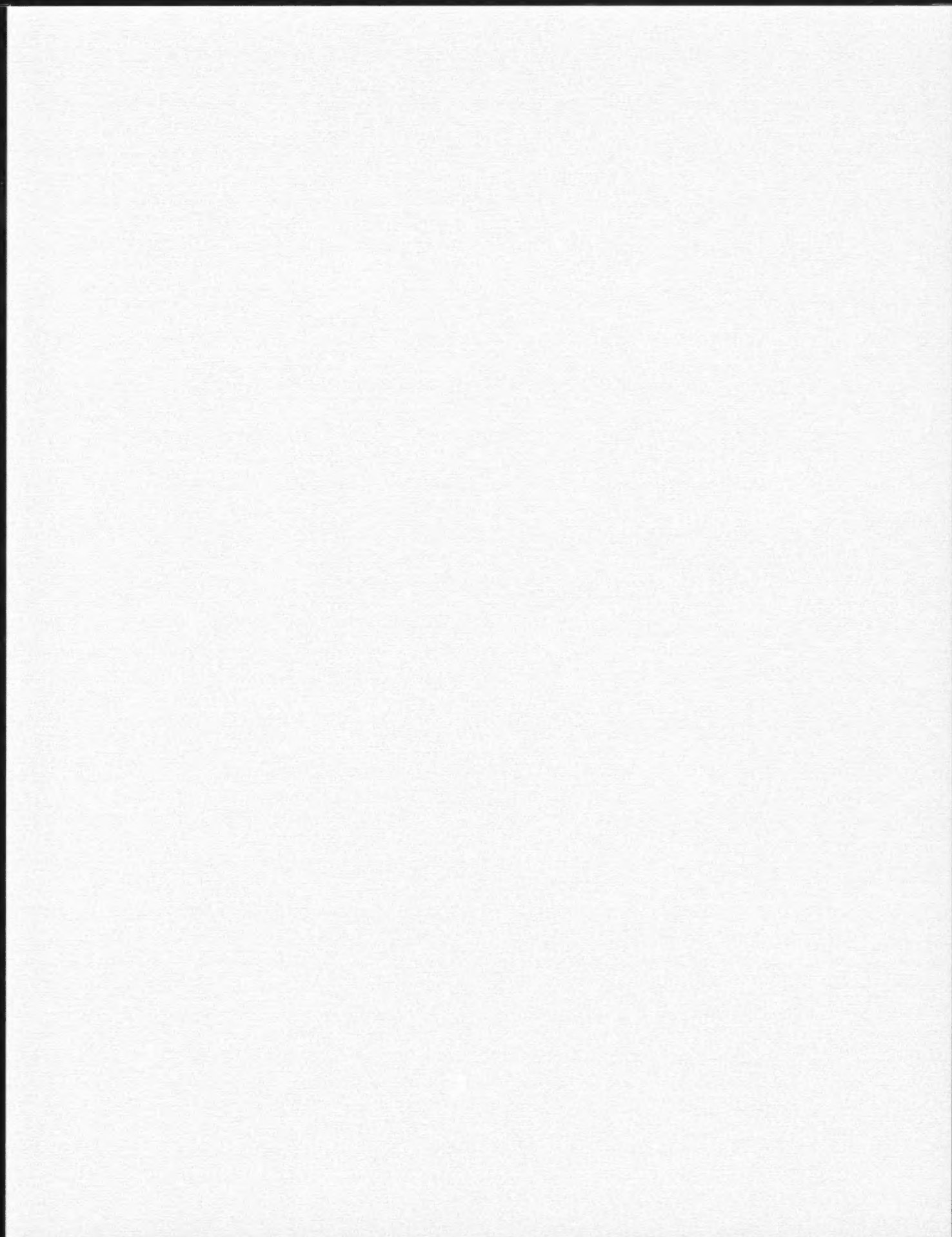
Une portion de l'actif net de l'organisme est affectée. Cette affectation de fonds, d'origine interne, est faite en vue d'effectuer des travaux de rénovation et d'entretien majeurs aux immobilisations détenues par l'organisme. Le solde de cette affectation est de 1 152 895 \$ (2013 : 1 090 789 \$).

L'organisme a adopté comme conventions comptables les principes comptables généralement reconnus du Canada pour les organismes sans but lucratif.



CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

**ANNEXE
A**



VERSION FINALE

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

DES ADMINISTRATEURS

DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD

(Règlement n° 1 de 2002)

Codification permanente : Reg-eth-01

**ADOPTÉ AU CONSEIL D'ADMINISTRATION
DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA CÔTE-NORD**

Le 19 novembre 2002

MODIFIÉ

Le 18 février 2014

PRÉAMBULE

Suivant l'article 340 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, l'Agence est instituée pour exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

À cette fin, l'Agence a pour objet :

- 1° d'assurer la participation de la population à la gestion du réseau public de services de santé et de services sociaux et d'assurer le respect des droits des usagers;
- 1.1° de s'assurer d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers;
- 2° de faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de sa région;
- 3° d'élaborer le plan stratégique pluriannuel visé à l'article 346.1 et d'en assurer le suivi;
- 4° d'allouer les budgets destinés aux établissements, d'accorder les subventions aux organismes communautaires et d'attribuer les allocations financières aux ressources privées visées à l'article 454;
- 5° d'assurer la coordination des activités médicales particulières des médecins soumis à une entente visée à l'article 360 ou à l'article 361.1 ainsi que des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences privées d'hébergement et organismes communautaires visés à l'article 454 et de favoriser leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu;
- 5.1° d'assurer la coordination des services de sa région avec ceux offerts dans les régions avoisinantes et d'exercer, sur demande du ministre, la coordination interrégionale;
- 6° de mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;
- 7° d'assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition;
- 7.1° d'exercer les responsabilités qui lui sont confiées par la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (chapitre S-6.2);
- 7.2° d'évaluer les résultats de la mise en œuvre de son plan stratégique et d'assurer la reddition de comptes de sa gestion en fonction des cibles nationales et régionales et en vertu des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus;
- 7.3° de soutenir les établissements dans l'organisation des services et d'intervenir auprès de ceux-ci pour favoriser la conclusion d'ententes de services visant à répondre aux besoins de la population ou, à défaut d'entente et conformément à l'article 105.1, de préciser la contribution attendue de chacun des établissements;
- 7.4° de permettre, afin de faciliter la conclusion d'ententes visées au paragraphe 7.3°, l'utilisation de nombreux modèles d'ententes types;
- 7.5° de s'assurer que les mécanismes de référence et de coordination des services entre les établissements sont établis et fonctionnels;
- 7.6° de développer des outils d'information et de gestion pour les établissements de sa région et de les adapter aux particularités de ceux-ci;
- 7.7° de prévoir des modalités et de développer des mécanismes pour informer la population, la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et pour connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus; elle doit rendre compte de l'application du présent paragraphe dans une section particulière de son rapport annuel de gestion;
- 7.8° de développer des mécanismes de protection des usagers et de promotion et de défense de leurs droits;
- 8° d'exécuter tout mandat que le ministre lui confie.

Pour la réalisation de ses mandats, l'Agence obtient un financement provenant des crédits de l'Assemblée nationale. En conséquence, l'administration de l'Agence présente des caractéristiques et obéit à des impératifs qui la distinguent de l'administration privée. Un tel contrat social impose donc un lien de confiance particulier entre l'Agence et les citoyens.

Une conduite conforme à l'éthique demeure, par conséquent, une préoccupation constante des administrateurs de l'Agence pour garantir à la population une gestion intégrée et transparente des fonds publics.

Cette préoccupation s'inscrit aussi dans les valeurs éthiques que l'administration gouvernementale véhicule depuis quelques années.

Dans le respect des valeurs fondamentales, il est opportun de rassembler, dans le présent Code d'éthique et de déontologie, les principales lignes directrices éthiques et déontologiques auxquelles les administrateurs de l'Agence adhèrent.

La Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., chapitre M-30) fixe, à son article 3.01, l'obligation pour les membres d'un conseil d'administration d'une agence de se soumettre aux normes d'éthique et de déontologie édictées par règlement du gouvernement. De plus, l'article 34 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics exige que les administrateurs de l'Agence se dotent d'un code d'éthique et de déontologie dans le respect des principes et règles édictés par ce règlement.

Ces dispositions législatives plus précises s'ajoutent à celles plus générales prévues à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2). En effet, l'article 406, constituant en lui-même la genèse des comportements attendus de l'administrateur de l'Agence et reprenant l'obligation de l'administrateur diligent inscrite au Code civil du Québec, prévoit ce qui suit :

« 406. Les membres du conseil d'administration doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région pour laquelle l'Agence est instituée. »

L'exercice auquel le législateur convie les administrateurs d'une agence peut résulter en une expérience enrichissante pour ceux-ci.

L'obligation d'adopter un code d'éthique et de déontologie ne doit pas être perçue comme un manque de confiance du législateur à l'endroit des administrateurs, mais plutôt comme un moyen, d'une part, d'aider les administrateurs à mieux reconnaître les implications de leur charge afin qu'ils puissent éviter de se placer dans des situations où leur intégrité pourrait être questionnée. D'autre part, l'adoption d'un code d'éthique et de déontologie est un outil que le conseil d'administration utilise afin de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration de fonds publics, de favoriser une transparence au sein de l'Agence et une responsabilité collective et individuelle des administrateurs.

Même si l'élaboration du présent Code découle d'obligations légales, on doit, par contre, prendre garde de ne pas tomber dans un « juridisme excessif » tant au niveau de la conception que de l'application du Code et être conscient que le Code ne pourra pas, et ne devrait pas d'ailleurs, couvrir toutes les situations qui peuvent se présenter.

DÉCLARATION DE PRINCIPES

ATTENDU l'article 406 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) qui prévoit que les administrateurs de l'Agence doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région de la Côte-Nord;

ATTENDU l'article 3.01 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., chapitre M-30) qui fixe l'obligation pour les administrateurs de l'Agence de se soumettre aux normes d'éthique et de déontologie édictées par règlement du gouvernement;

ATTENDU QUE l'article 34 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics exige que les administrateurs de l'Agence se dotent d'un code d'éthique et de déontologie dans le respect des principes et règles édictés par ce règlement;

ATTENDU QUE les administrateurs doivent voir à identifier les priorités relativement aux besoins de la population à desservir et aux services à lui offrir;

ATTENDU QU'ils doivent également élaborer des orientations en tenant compte de l'état de santé et de bien-être de la population de la région, des particularités socioculturelles et linguistiques de cette population et des particularités sous-régionales et socio-économiques de la région;

ATTENDU QUE l'exercice de la fonction d'administrateur doit tenir compte des règles de l'efficacité, de l'efficience, de la moralité, de la crédibilité, de la loyauté et de la confidentialité.

Les administrateurs de l'Agence de la Côte-Nord s'engagent à respecter les orientations suivantes dans le processus de décisions auquel ils seront appelés à participer :

- * **Primauté des intérêts de la population à desservir;**
- * **Distribution équitable des ressources de la région.**

En conséquence, les administrateurs s'engagent également à respecter chacune des dispositions du présent Code d'éthique et de déontologie applicables à chacun des administrateurs de l'Agence de la Côte-Nord. Ils complètent et signent, en début de mandat, l'engagement personnel prévu à l'annexe I.

I. OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

1. Le présent Code a pour objet de définir les normes d'éthique et de déontologie auxquelles les administrateurs de l'Agence de la Côte-Nord déclarent adhérer. Ces normes et leur application ont pour objectif de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration de l'Agence, de favoriser la transparence au sein de l'Agence et de responsabiliser les administrateurs individuellement et collectivement.

Le présent Code n'a pas pour objet de se substituer aux lois et règlements en vigueur, ni d'établir une liste exhaustive des normes de comportement attendues de l'administrateur. Il cherche plutôt à réunir les obligations et devoirs généraux de l'administrateur.

Notamment, il :

- traite des mesures de prévention, y incluant des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- traite de l'identification de situations de conflits d'intérêts;
- traite des devoirs et obligations des administrateurs après qu'ils cessent leurs fonctions;
- prévoit des mécanismes d'application du Code.

2. Tout administrateur de l'Agence est tenu de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par les lois, les règlements et le présent Code. En cas de divergence, les principes et règles les plus exigeants s'appliquent.

L'administrateur doit, en cas de doute, agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles. Il doit organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions.

L'administrateur est tenu aux mêmes obligations lorsque, à la demande de l'Agence, il exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme, entreprise ou association, ou en est membre.

3. Les administrateurs doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région de la Côte-Nord.

Chaque administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, doit également agir dans le respect du droit, avec efficacité, assiduité et équité.

II. DÉFINITIONS

4. Dans le présent Code, à moins que le contexte n'indique un sens différent :

- a) « **administrateur** » désigne un membre du conseil d'administration de l'Agence, le président-directeur général et le directeur de santé publique;
- b) « **association ou entreprise** » désigne toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel ou financier et tout regroupement visant à promouvoir certaines valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'Agence;
- c) « **Code** » désigne le présent Code;
- d) « **conflit d'intérêts** » désigne notamment, sans limiter la portée légale de cette expression, toute situation ou apparence de situation où l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de sa tâche car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt;
- e) « **conseil d'administration** » désigne le conseil d'administration de l'Agence;
- f) « **proche** » désigne le conjoint légal ou de fait, l'enfant, le père, la mère, le frère et la sœur de l'administrateur; cette notion englobe également le conjoint et l'enfant des personnes mentionnées précédemment ainsi que l'associé de l'administrateur;
- g) « **Agence** » désigne l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord.

III. DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR PENDANT SON MANDAT

L'administrateur agit dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région de la Côte-Nord

À cette fin, l'administrateur :

- 5. Est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne. Il doit également privilégier l'intérêt collectif de la population de la région plutôt que l'intérêt d'un secteur, d'une ressource ou d'une personne.
- 6. Contribue à la réalisation des fonctions de l'Agence et à la saine administration des fonds publics dans le respect du droit, avec honnêteté, loyauté, prudence, diligence, efficacité, assiduité et équité.
- 7. S'assure de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés.
- 8. S'assure de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières.
- 9. S'assure de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines.

L'administrateur agit avec soin, prudence, diligence et compétence

Disponibilité et participation active

- 10. L'administrateur se rend disponible pour remplir ses fonctions notamment en s'engageant à faire ses meilleurs efforts pour assister aux séances du conseil d'administration ou autres réunions auxquelles il doit assister de par ses fonctions et en prenant une part active aux décisions du conseil d'administration.

Soin et compétence

11. L'administrateur s'assure de bien connaître et suivre l'évolution des affaires de l'Agence; il se renseigne avant de décider et évite de prendre des décisions prématurées.

Il s'assure de respecter l'ensemble des règlements, politiques, cadres de gestion ou toutes règles en vigueur à l'Agence et contribue à leur respect.

Neutralité

12. L'administrateur se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote ou en exerçant ses pouvoirs de la manière la plus objective possible sans tenir compte de considérations politiques ou partisans. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement au vote ou à quelque décision que ce soit.
13. L'administrateur doit considérer chaque proposition à son mérite propre lorsqu'il doit se prononcer sur une question et, conséquemment, s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration ou avec toute autre personne ou être influencé par des offres d'emploi.

Activités politiques

14. Le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit éviter de manifester publiquement ses allégeances politiques partisans.
15. Le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général du Conseil exécutif.

Tout autre administrateur qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le président du conseil d'administration.
16. Le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions.
17. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui veut se porter candidat à la charge de député à l'Assemblée nationale, de député à la Chambre des communes du Canada ou à une autre charge publique élective dont l'exercice sera probablement à temps plein doit demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.
18. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui veut se porter candidat à une charge publique élective dont l'exercice sera probablement à temps partiel, mais dont la candidature sera susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve, doit demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.
19. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui obtient un congé sans rémunération conformément à l'article 17 ou à l'article 18 a le droit de reprendre ses fonctions au plus tard le 30^e jour qui suit la date de clôture des mises en candidatures, s'il n'est pas candidat, ou, s'il est candidat, au plus tard le 30^e jour qui suit la date à laquelle une autre personne est proclamée élue.
20. Tout administrateur qui est élu à une charge publique à temps plein et qui accepte son élection doit se démettre immédiatement de ses fonctions d'administrateur.

Discrétion

21. L'administrateur fait généralement preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions. De plus, il fait preuve de prudence et de retenue à l'égard d'informations confidentielles dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'Agence, constituer une atteinte à la vie privée des gens ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher l'administrateur représentant ou lié à un groupe d'intérêts particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant les lois ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

L'administrateur reconnaît l'importance de protéger la confidentialité des renseignements nominatifs et doit s'assurer que les décisions et les activités de l'Agence respectent cette confidentialité ainsi que la législation applicable.

Relations publiques

22. L'administrateur respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public ou chaque individu et évite toute forme de discrimination ou de harcèlement prohibé par les lois.
23. Lorsque requis, l'administrateur donne au citoyen l'information qu'il demande et qu'il est en droit d'obtenir; s'il ne peut le faire lui-même, il dirige le citoyen vers le service approprié de l'Agence.
24. L'administrateur adopte une attitude de dignité, de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions.
25. L'administrateur reconnaît que le président-directeur général ou la personne que ce dernier désigne agit à titre de porte-parole de l'Agence vis-à-vis le public ou lors de représentations auprès d'un tiers.

L'administrateur agit avec honnêteté et loyauté

À cette fin, l'administrateur :

26. Agit de bonne foi au mieux des intérêts de l'Agence et de la population desservie sans tenir compte des intérêts d'aucune autre personne ou association.

L'administrateur contribue à la réalisation de la mission de l'Agence dans son meilleur intérêt. Dans ce cadre, il doit mettre à profit ses connaissances, ses aptitudes et son expérience de manière à favoriser l'accomplissement efficient, équitable et efficace des mandats de l'Agence et de l'administration de tous les biens qu'elle possède ou dont elle a la garde.
27. Lutte contre toute forme d'abus de pouvoir tels les conflits d'intérêts, la violation des règles, l'inefficacité de la gestion, le gaspillage, la divulgation de renseignements confidentiels, la distribution de faveurs, le camouflage de ses erreurs ou la tromperie de la population.
28. Respecte les décisions du conseil d'administration ou d'autres instances de l'Agence et ne peut en aucun cas prendre position publiquement à l'encontre de celles-ci.
29. Se comporte de façon à éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir objectivement ses fonctions. À cet effet, il doit refuser de devenir le représentant de toute personne ou groupe que ce soit de façon telle que sa loyauté envers l'Agence puisse être questionnée. Par exemple, le législateur n'a pas voulu que chaque groupe intéressé par l'administration des services de santé et des services sociaux se retrouve au conseil d'administration de l'Agence.

Conflits de devoirs ou d'intérêts

30. L'administrateur évite et dénonce les conflits d'intérêts ou de devoirs.

L'administrateur et les conflits d'intérêts

31. Sous peine de déchéance de sa charge, l'administrateur doit dénoncer par écrit au conseil d'administration tout intérêt direct ou indirect, réel ou apparent, qu'il a dans une entreprise, un organisme ou une association qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'Agence.

De plus, cet administrateur s'abstient de siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise, l'organisme ou l'association dans lequel il a cet intérêt réel ou apparent est débattue.

Cependant, le fait pour cet administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise visée ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si l'administrateur en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., chapitre V-1.1).

L'administrateur et les conflits de rôle

32. Sous peine de sanction pouvant aller de la réprimande à la déchéance de charge, l'administrateur doit dénoncer, par écrit, au conseil d'administration, toute autre charge ou fonction qu'il occupe dans une entreprise, organisme ou association lorsque les intérêts de cette entreprise, organisme ou association sont en conflits réels avec ceux du conseil d'administration ou de l'Agence.

De plus, l'administrateur doit s'abstenir de siéger et de participer aux délibérations lorsqu'une question mettant en conflit réel les intérêts du conseil d'administration ou de l'Agence et ceux de l'entreprise, l'organisme ou l'association où il occupe une charge ou fonction.

Le président-directeur général, le directeur de santé publique et les conflits d'intérêts

33. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique, sous peine de déchéance de sa charge ou de son congédiement, ne peut avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise, un organisme ou une association qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence.

Toutefois, cette déchéance n'a pas lieu si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation, pourvu qu'il y renonce ou, qu'après en avoir informé le conseil d'administration, il en dispose dans les délais fixés par celui-ci.

34. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit, dans les soixante (60) jours suivant sa nomination, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec tout établissement ou toute agence. Cette déclaration doit être mise à jour dans les soixante (60) jours de l'acquisition de tels intérêts par le président-directeur général ou le directeur de santé publique et, à chaque année, dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de sa nomination.

35. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit, dans les trente (30) jours qui suivent la conclusion de tout contrat de services professionnels, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence de tel contrat conclu avec un établissement ou une agence par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle le président-directeur général ou le directeur de santé publique a des intérêts pécuniaires.

L'exclusivité de fonctions du président-directeur général et du directeur de santé publique

36. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit, sous peine de déchéance de sa charge ou de sa suspension sans traitement ou de son congédiement et sous réserve des exceptions prévues aux lois, s'occuper exclusivement du travail de l'Agence et des devoirs de sa fonction. Cependant, il peut occuper un autre emploi, charge ou fonction, dans la mesure où le ministre de la Santé et des Services sociaux l'autorise. Lorsqu'une telle autorisation est accordée, le conseil d'administration doit en être informé.

Biens de l'Agence

37. L'administrateur utilise les biens, les ressources ou les services de l'Agence selon les modalités d'utilisation en vigueur à l'Agence. Il ne peut confondre les biens de l'Agence avec les siens et ne peut, sans autorisation, utiliser les biens de l'Agence pour ses besoins personnels.

Avantages ou bénéfices indus

38. L'administrateur se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions d'administrateur.

39. L'administrateur ne peut, pour lui ou un tiers, accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise faisant affaire avec l'Agence, ou agissant au nom ou pour le bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.
- Notamment est considéré un avantage prohibé tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire appréciable qui peut compromettre ou semble compromettre l'attitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.
40. L'administrateur ne reçoit aucun traitement ou autres avantages pécuniaires à l'exception de sa rémunération et du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement ou le ministre de la Santé et des Services sociaux.
41. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique ne peut, sous peine de suspension ou de déchéance de sa charge, accepter une somme ou un avantage direct ou indirect d'une fondation ou d'une personne morale qui sollicite du public le versement de sommes ou de dons dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Transparence

42. L'administrateur révèle tout renseignement ou fait aux autres administrateurs lorsqu'il sait que la communication de ce renseignement ou de ce fait pourrait avoir un impact significatif sur une décision à prendre ou une action à poser.

Interventions abusives

43. Hormis le président-directeur général ou le directeur de santé publique, l'administrateur s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sauf l'engagement du président-directeur général, du directeur de santé publique ou de tout autre cadre supérieur.
44. L'administrateur s'abstient de manœuvrer pour favoriser des amis ou des proches.
45. L'administrateur s'abstient d'agir comme intermédiaire, même à titre gratuit, entre un organisme ou une personne et l'Agence.
46. L'administrateur s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des séances; à ce titre, il reconnaît l'autorité du président du conseil d'administration dans toute sa légitimité et reconnaît également la souveraineté du conseil d'administration ou de toute autre instance de l'Agence.
47. L'administrateur respecte les droits et privilèges des autres administrateurs.
48. L'administrateur respecte l'intégrité et la bonne foi des administrateurs et du personnel de l'Agence; advenant qu'il veuille exprimer un doute sur l'intégrité ou sur la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne, il demandera le huis clos pour ce faire.
49. L'administrateur évite, dans le cadre d'une séance, d'afficher sa position par des signes extérieurs, il attend le moment du débat pour exprimer sa position et il conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.
50. L'administrateur peut faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal.
51. L'administrateur évite de porter atteinte, par des propos immodérés, à la réputation de l'Agence, de toutes les personnes qui y œuvrent ou de toute autre personne.

IV. DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR APRÈS SON MANDAT**L'administrateur est soumis à certaines obligations après la fin de son mandat**

À cette fin, l'administrateur :

52. Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.
53. Évite, dans l'année suivant la fin de son mandat, d'agir en son nom personnel ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'Agence est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.
54. S'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'Agence, de solliciter un emploi auprès de l'Agence.
55. Ne fait pas usage, en tout temps, de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenue dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur, ni ne donne à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant les responsabilités de l'Agence ou des établissements de santé ou de services sociaux.
56. Évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'Agence et de toutes les personnes qui y oeuvrent.
57. Dans l'année qui suit la terminaison du mandat d'un administrateur, les administrateurs en fonction ne peuvent traiter avec ce dernier.

V. MÉCANISMES D'APPLICATION

58. Le président du conseil d'administration doit s'assurer du respect du présent Code par les administrateurs de l'Agence. Il doit s'assurer de la connaissance, par les administrateurs, des principes, règles et modalités du présent Code et agir auprès d'eux à titre de conseiller, notamment en prévoyant les formations requises.
59. Toute allégation d'inconduite ou de manquement aux lois, aux règlements ou au présent Code visant un administrateur doit être transmise au président du conseil d'administration ou au président-directeur général si l'allégation concerne le président du conseil d'administration.

Lorsqu'une allégation lui est transmise en vertu de l'article qui précède, le président du conseil d'administration ou le président-directeur général, selon le cas, peut rejeter, sur examen sommaire, toute allégation qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi. Il doit cependant en informer les autres membres du conseil d'administration, lors de la première séance qui suit. Le conseil d'administration peut alors décider d'enquêter quand même sur cette allégation.

Toute allégation retenue par le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le conseil d'administration doit être transmise au comité de gouvernance et d'éthique constitué en vertu du présent Code.

Tenue de l'enquête

60. Le comité de gouvernance et d'éthique décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation.

Information de l'administrateur concerné

61. Au moment où il juge opportun, le comité doit informer l'administrateur visé des manquements reprochés en lui indiquant les dispositions concernées des lois, des règlements ou du Code. À sa demande et à l'intérieur d'un délai de sept (7) jours, l'administrateur a le droit d'être entendu, de faire témoigner toute personne de son choix, de se faire représenter et de déposer tout document qu'il juge pertinent.

Transmission du rapport au président du conseil d'administration

62. À la suite de son enquête, le comité de gouvernance et d'éthique transmet au président du conseil d'administration ou au président-directeur général, selon le cas, un rapport contenant un sommaire de l'enquête et les recommandations de sanction ou de corrections, le cas échéant. Ce rapport est confidentiel.

Décision

63. À la suite du rapport du comité de gouvernance et d'éthique, le président du conseil d'administration ou le président-directeur général, selon le cas, doit décider si l'administrateur a enfreint ou non une disposition d'une loi, d'un règlement ou du présent Code. L'administrateur peut, à sa demande, se faire entendre avant que la décision ne soit prise.

Si la décision est à l'effet que l'administrateur a contrevenu à une loi, un règlement ou au présent Code, le président du conseil d'administration ou le président-directeur général, selon le cas, transmet, pour décision finale, l'allégation, le dossier et ses recommandations au secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif.

Le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif peut relever provisoirement de ses fonctions, avec rémunération le cas échéant, l'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave.

64. Le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif doit, sur réception de l'allégation, faire part à l'administrateur des manquements reprochés ainsi que de la sanction qui peut lui être imposée et l'informe qu'il peut, dans les sept (7) jours, lui fournir ses observations et, s'il le demande, être entendu à ce sujet.

Lorsque le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif arrive à la conclusion que l'administrateur a contrevenu à une loi, à un règlement ou au présent Code, il transmet sa recommandation au secrétaire général du Conseil exécutif qui décide de la sanction à imposer.

Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension avec ou sans rémunération d'une durée maximale de trois (3) mois ou la révocation. L'administrateur est informé, par écrit, de la décision motivée et de la sanction qui lui est imposée.

Si la sanction proposée consiste en la révocation de l'administrateur, celle-ci ne peut être imposée que par le gouvernement.

VI. ENGAGEMENTS

65. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le conseil, chaque administrateur doit produire l'engagement contenu à l'annexe II du présent Code.

Chaque nouvel administrateur doit faire de même dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction.

De plus, tout responsable de l'application du Code doit produire, dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction, l'engagement contenu à l'annexe III du présent Code.

VII. LA PROTECTION DES PERSONNES RESPONSABLES DE L'APPLICATION DU CODE

66. Le législateur précise que les personnes qui seront responsables de voir à l'application du Code ne peuvent faire l'objet de poursuite en justice pour des actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions.

Cette protection s'étend à toute personne qui se voit confier un mandat d'enquête ainsi qu'au président du conseil d'administration ou au président-directeur général, selon le cas, lorsqu'il recommande l'imposition d'une sanction à l'administrateur en faute.

La loi n'exonère pas cependant la personne qui fait une allégation malicieuse à l'égard d'un administrateur dans le but de nuire à sa réputation. De même, les personnes chargées de l'application du Code peuvent s'exposer à une poursuite judiciaire si elles agissent de façon malhonnête ou malicieuse dans l'accomplissement de leur mandat.

VIII. PUBLICITÉ DU CODE

67. L'Agence doit rendre accessible un exemplaire du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs à toute personne qui en fait la demande.
68. L'Agence doit publier dans son rapport annuel, le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs.
69. Le rapport annuel de l'Agence doit faire état :
- du nombre et de la nature des signalements reçus;
 - du nombre de cas traités et de leur suivi;
 - de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
 - des noms des personnes ayant été remises à l'ordre, réprimandées, suspendues ou révoquées.

IX. COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

70. Un comité de gouvernance et d'éthique est institué. Il est composé de trois (3) membres du conseil d'administration dont une majorité de membres indépendants. Il doit être présidé par un membre indépendant.
- Les membres sont nommés pour une durée de quatre (4) ans ou pour la durée non écoulée de leur mandat, depuis leur nomination au sein du conseil d'administration.
71. Une personne cesse d'être membre du comité lorsqu'elle perd la qualité nécessaire à sa nomination.
72. Sous réserve de l'article 71, un membre du comité demeure en fonction, malgré la fin de son mandat, tant qu'il n'est pas remplacé ou désigné de nouveau.
73. Toute vacance survenant au comité est comblée pour la durée non écoulée du mandat suivant les prescriptions de l'article 70 du présent Code.
74. Dans l'hypothèse où une dénonciation concernerait un membre du comité, ce dernier ne peut siéger au comité et est remplacé suivant les indications du conseil d'administration pour la durée décidée par le conseil.
75. Le quorum des réunions du comité est de trois membres.
- Les décisions du comité sont prises à la majorité simple des membres présents.
76. Les fonctions du comité, en ce qui concerne le code d'éthique et de déontologie, sont les suivantes :
- a) S'assurer de la signature par les administrateurs de toutes les déclarations prévues au présent Code;
 - b) Enquêter sur toute dénonciation ou sur toute matière découlant de l'application du présent Code;
 - c) Déterminer, à la suite d'une enquête, si un membre a contrevenu aux dispositions du présent Code;
 - d) Faire des recommandations sur les sanctions à imposer à un membre en cas de contravention ou sur toute matière susceptible d'améliorer l'application du présent Code.

X. CONSEILLER À L'ÉTHIQUE ET À LA DÉONTOLOGIE

77. Le président-directeur général peut désigner toute personne pour agir à titre de conseiller à l'éthique et à la déontologie, notamment pour conseiller les administrateurs ou pour appuyer le comité de gouvernance et d'éthique dans ses fonctions.

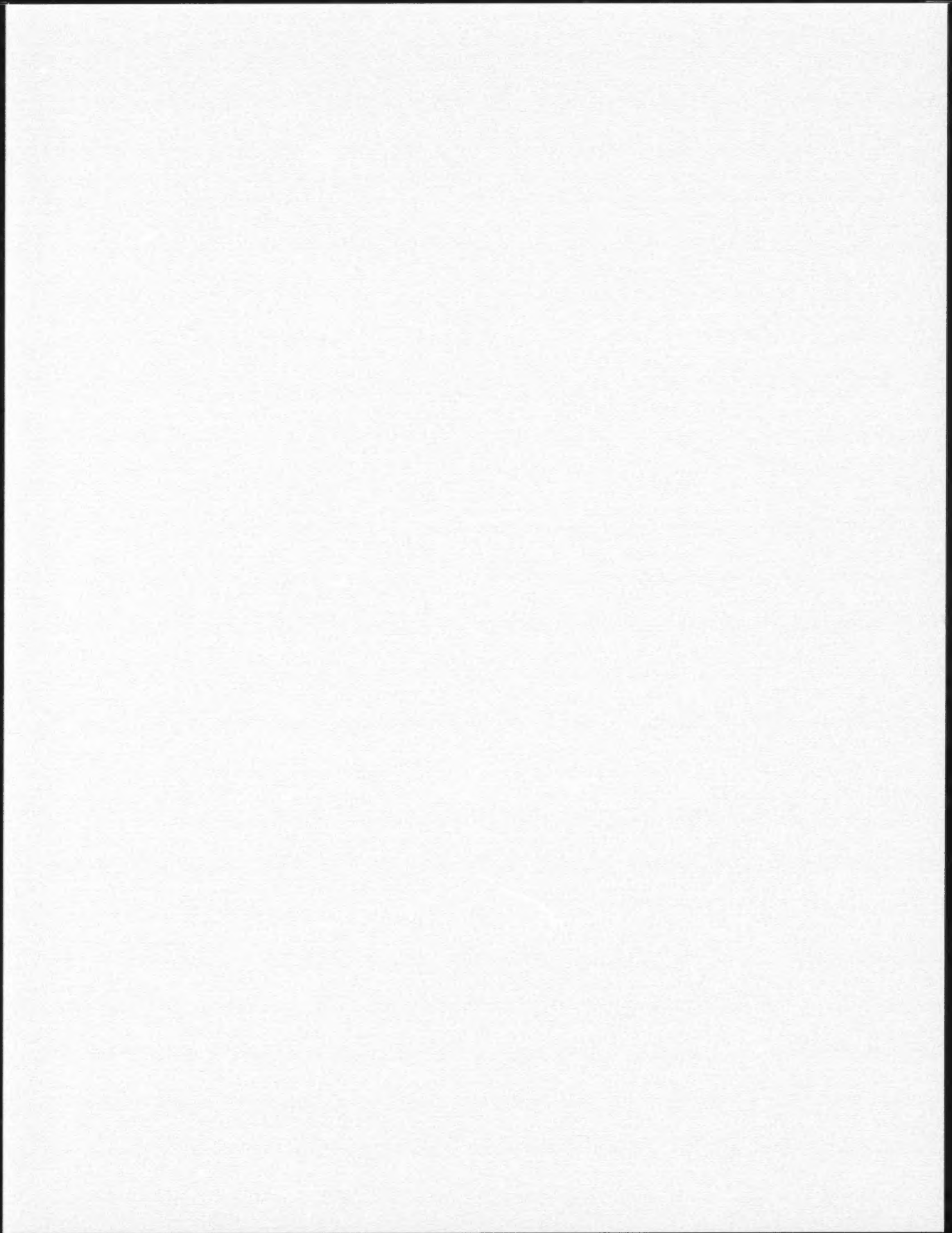
XI. DISPOSITIONS FINALES

78. Le présent Code d'éthique et de déontologie entre en vigueur à la date de son adoption par le conseil d'administration.

**RÉPARTITION PAR CENTRES D'ACTIVITÉ
DU VOLUME ET DES COÛTS DE DÉPLACEMENT
DES USAGERS DES ÉTABLISSEMENTS
DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
DE LA CÔTE-NORD**

ANNEXE

B



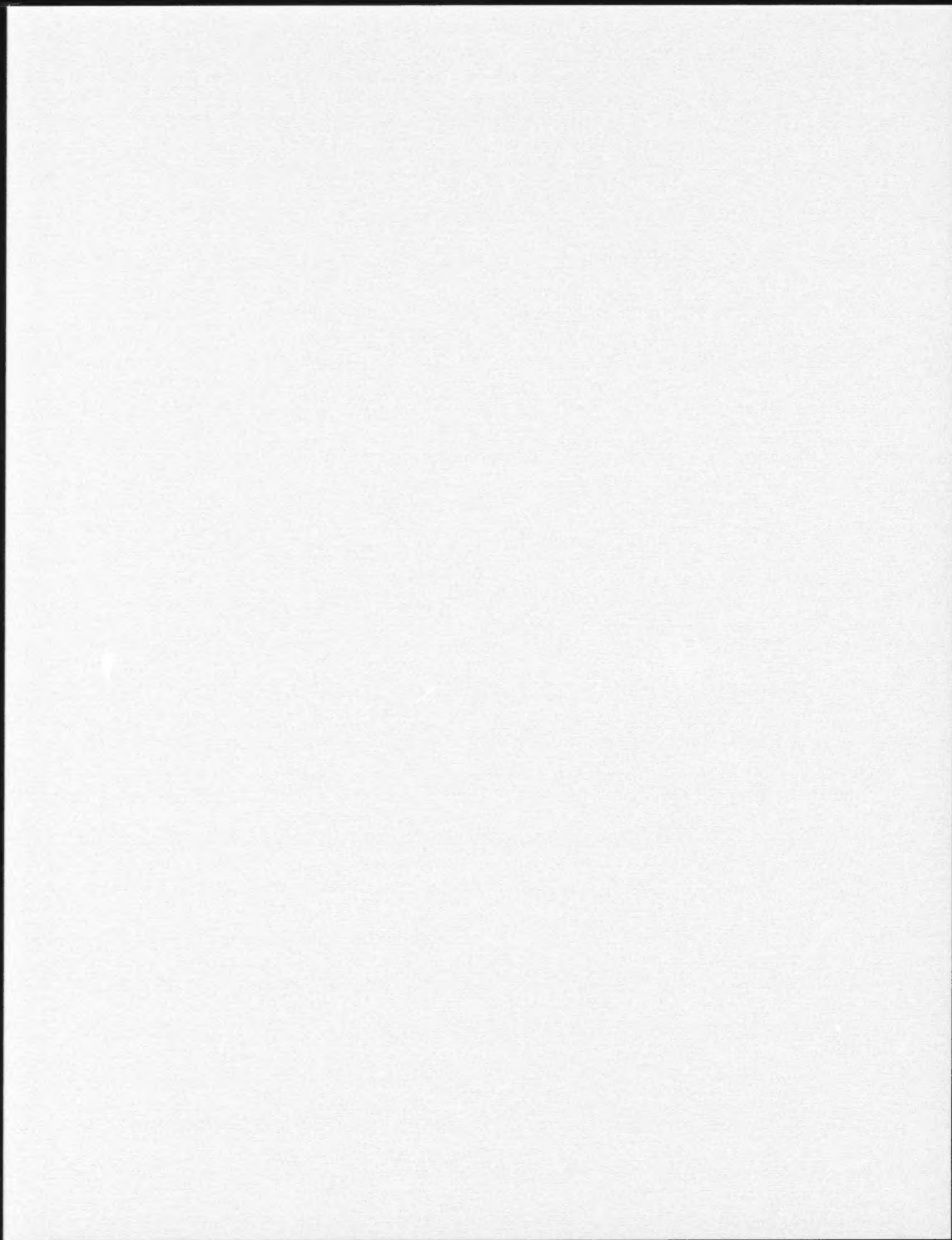
RÉPARTITION PAR CENTRES D'ACTIVITÉ DU VOLUME ET DES COÛTS DE DÉPLACEMENT DES USAGERS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD

2013-2014

Établissement	Déplacement des usagers entre établissements		Déplacement des usagers âgés de 65 ans et plus		Déplacement des usagers par EVAQ		Déplacement des cas électifs		Déplacement des bénéficiaires autochtones		Total	
	Coût (\$)	Nombre de déplacements	Coût (\$)	Nombre de déplacements	Coût (\$)	Nombre de déplacements	Coût (\$)	Nombre de déplacements	Coût (\$)	Nombre de déplacements	Coût (\$)	Nombre de déplacements
CSSS de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan	832 385	1 962	246 631	1 655	605 243	711	1 378 927	17 166			3 063 186	21 494
CSSS de Port-Cartier	141 589	729	41 067	281	30 272	32	156 906	1 397			369 834	2 439
CSSS de Sept-Îles	510 590	505	143 880	1 100	243 409	296	441 765	3 519			1 339 644	5 420
CSSS de la Minganie	351 258	416	23 887	118	13 331	17	689 953	5 612	65 116	125	1 143 545	6 288
CSSS de la Basse-Côte-Nord	1 403 000	494	19 168	82	296 273	70	3 703 214	6 198			5 421 655	6 844
CSSS de l'Hémathite	417 506	135			30 382	33	948 336	2 392			1 396 224	2 560
CLSC Naskapi									1 070 994	1 355	1 070 994	1 355
TOTAL	3 656 328	4 241	474 633	3 236	1 218 910	1 159	7 319 101	36 284	1 136 110	1 480	13 805 082	46 400

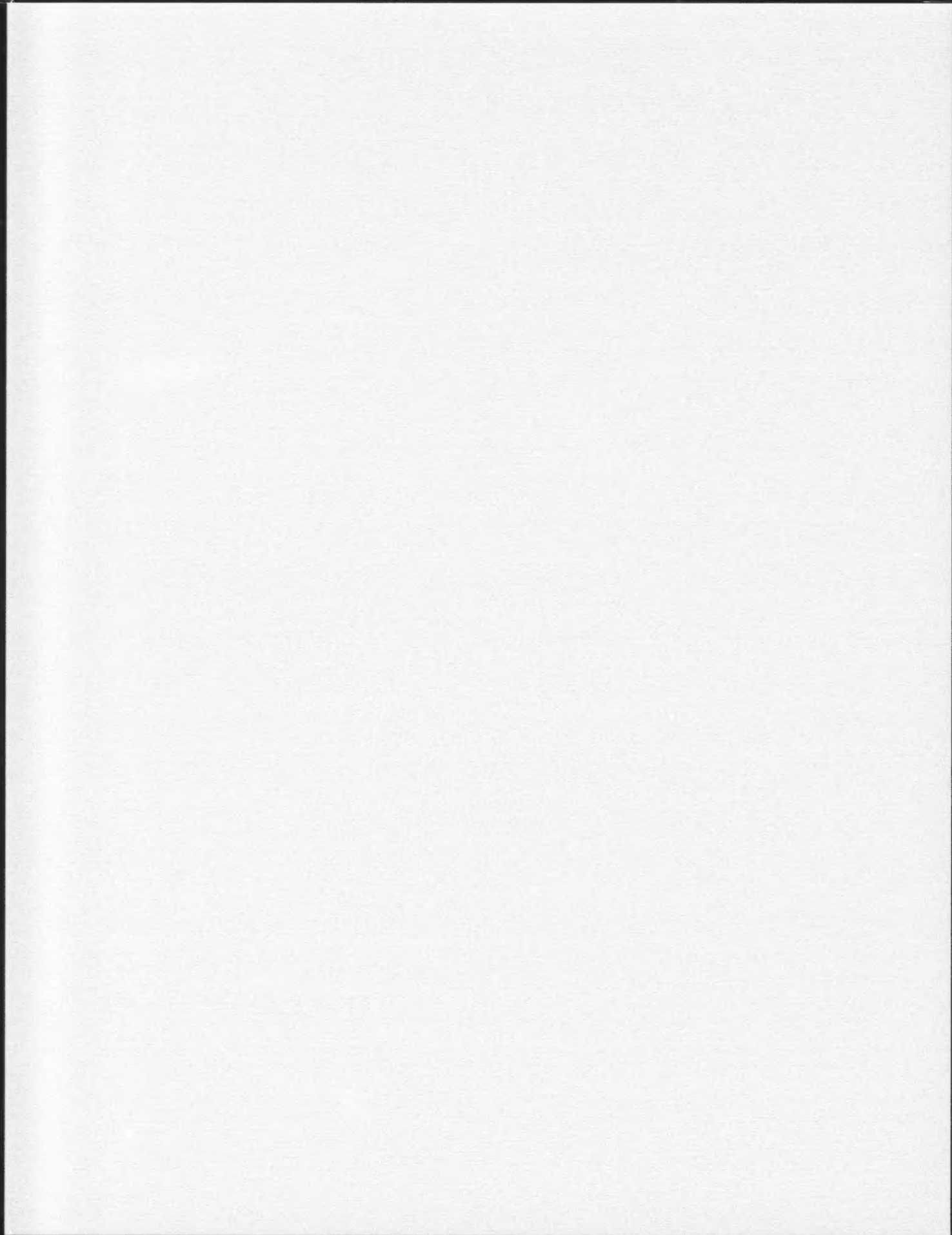
2012-2013

Établissement	Déplacement des usagers entre établissements		Déplacement des usagers âgés de 65 ans et plus		Déplacement des usagers par EVAQ		Déplacement des cas électifs		Déplacement des bénéficiaires autochtones		Total	
	Coût (\$)	Nombre de déplacements	Coût (\$)	Nombre de déplacements	Coût (\$)	Nombre de déplacements	Coût (\$)	Nombre de déplacements	Coût (\$)	Nombre de déplacements	Coût (\$)	Nombre de déplacements
CSSS de la Haute-Côte-Nord	427 650	1 070	65 515	407	1 552	3	316 804	4 528			811 521	6 008
CSSS de Manicouagan	349 716	974	186 299	1 279	600 478	668	992 176	12 118			2 128 669	15 039
CSSS de Port-Cartier	113 346	597	40 034	263	22 575	20	137 942	1 210			313 897	2 090
CSSS de Sept-Îles	614 179	641	133 391	971	176 834	197	417 805	4 003			1 342 209	5 812
CSSS de la Minganie	341 283	485	80 868	117	24 284	25	646 573	5 724	38 001	88	1 131 009	6 439
CSSS de la Basse-Côte-Nord	1 031 119	424	19 159	34	28 125	51	3 392 834	5 856			4 471 237	6 365
CSSS de l'Hémathite	234 634	117			26 717	28	887 354	2 118			1 148 705	2 263
CLSC Naskapi									1 109 159	2 189	1 109 159	2 189
TOTAL	3 111 927	4 308	525 266	3 071	880 565	992	6 791 488	35 557	1 147 160	2 277	12 456 406	46 205



**MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE
NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS SUR LA CÔTE-NORD
2009 À 2013**

**ANNEXE
C**

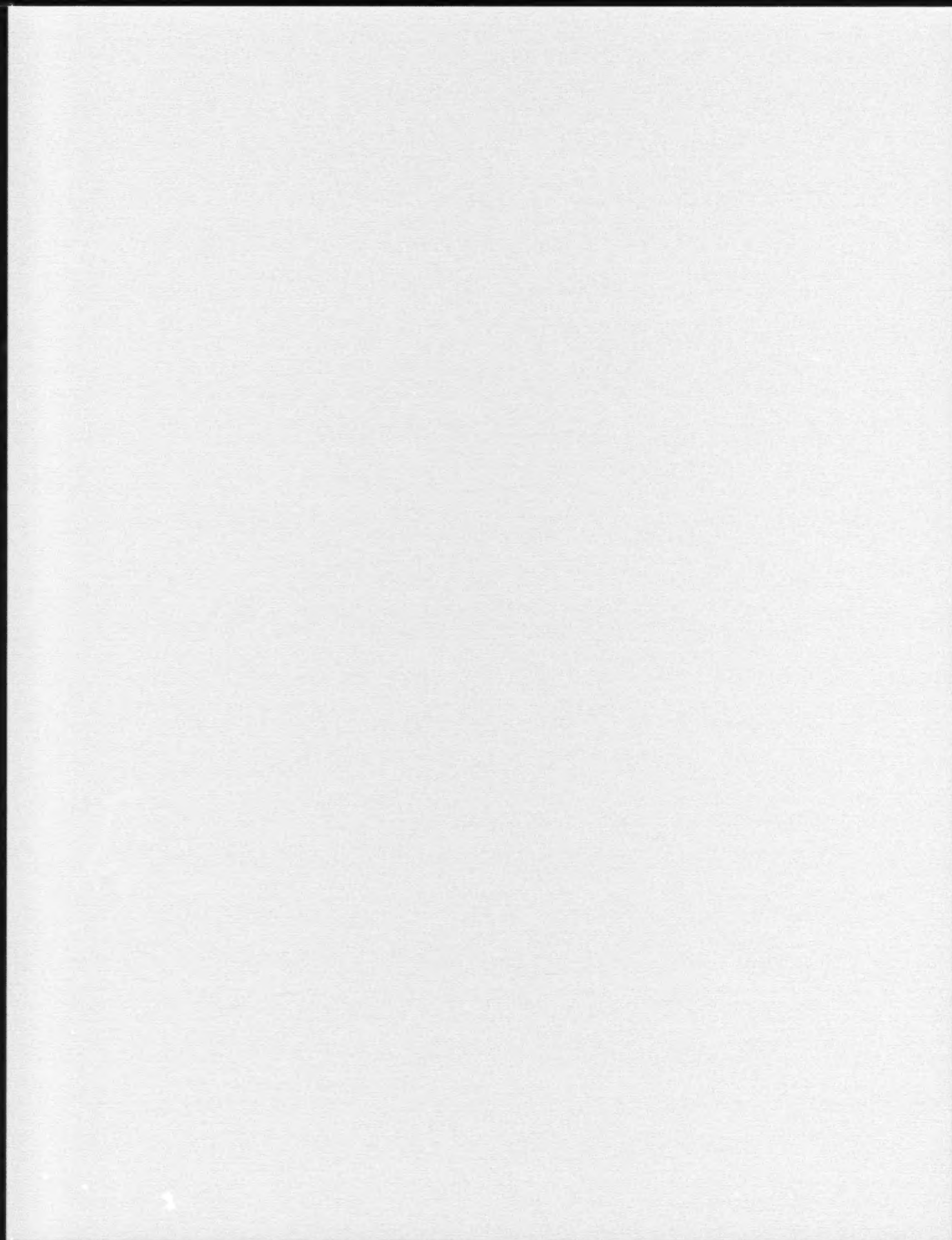


**MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE
NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS SUR LA CÔTE-NORD**

2009 À 2013

MALADIE	TOTAL CÔTE-NORD				
	2013	2012	2011	2010	2009
MALADIES ENTÉRIQUES					
Amibiase	1	2			1
Gastroentérite à <i>Yersinia entérocolitica</i>	3	2	3	3	3
Gastroentérite épidémique d'origine indéterminée	25				
Giardiase	8	15	7	8	13
Hépatite A	1			1	1
Infection à <i>Campylobacter</i>	24	24	14	20	18
Infection à <i>Escherichia coli</i>					1
Listériose	1	2			
Salmonellose	17	21	28	16	19
Shigellose		2	1		
Toxi-infection alimentaire	1	3			
INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG					
Hépatite B (porteur chronique)	2	2	2		4
Hépatite C (sans précision)	7	11	9	7	10
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	317	285	307	236	250
Infection gonococcique	4	1	1	7	5
Syphilis	1		2	2	2
MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION					
Coqueluche	12	6		2	1
Infection invasive à méningocoque		1	3		
Infection invasive à <i>Haemophilus influenzae</i>	3	5	1		5
Infection invasive à <i>Streptococcus pneumoniae</i>	19	18	21	16	21
Oreillons				1	
AUTRES					
Infection à Hantavirus			1		
Infection à <i>Plasmodium</i> (malaria)			1	1	
Infection invasive à streptocoque du groupe A	8	6	6	3	7
Légionellose	2	1			1
Maladie de Creutzfeldt-Jacob		1			
Tuberculose	3	3	2	2	6
Tularémie		2			1
TOTAL	459	413	409	325	369

Source : Infocentre de santé publique du Québec, INSPQ, Rapport annuel des MADO d'origine infectieuses, Région Côte-Nord, 1^{er} janvier au 31 décembre 2013.



**Agence de la santé
et des services sociaux
de la Côte-Nord**

Québec



691, rue Jalbert

Baie-Comeau (Québec) G5C 2A1

Téléphone: (418) 589-9845

Télécopieur: (418) 589-8574

